FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1934 N° 59

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

HOROVITZ AVRAM

(Galatz-Roumanie 20 Février 1906)

Ancien Externe des Hôpitaux

Assistant à la Policlinique Médicale A

Résultats du traitement médicamenteux de la Maladie de Basedow.

Président: M. Pr. MERKLEN, Professeur

Editions Argentoratum Strasbourg

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1934 N°.....

59

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

HOROVITZ AVRAM

(Galatz-Roumanie 20 Février 1906)

Ancien Externe des Hôpitaux

Assistant à la Policlinique Médicale A

Résultats du traitement médicamenteux de la Maladie de Basedow.

Président: M. Pr. MERKLEN, Professeur

Editions Argentoratum Strasbourg

1934

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FORSTER ✲ ⚜ I.
Assesseur		WEILL

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⚜ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⚜ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⚜ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⚜ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⚜ I.
		AMBARD ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE ✲ ⚜ I.
		STOLZ ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⚜ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⚜ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✲ ⚜ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		N.....

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
GERY ⚜ I.
MM. FONTES ⚜ A.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⚜ A.
FONTAINE
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜
HANNS ✲ ⚜
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.

MM. KREIS ⚜ A.
LARROUSSE ⚜ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜ I.
WEISS A. ⚜ A.
WAITZ
WOLF

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Agrégé libre: M. SIMON ✲ ⚜ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY ✲ ⚜ A.

Chargé d'un cours complémentaire: MM. MEYER M. ⚜ A., ROEDERER

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548008_0049

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont l'immense affection fut pour nous le plus ferme soutien et le meilleur des guides.

A MA MERE

Avec toute ma tendresse filiale.

A MA TANTE ET A MON ONCLE
DOCTEUR M. GOLDSTEIN

Docent à la Faculté de Médecine de Bucarest,
Chef des travaux à la Clinique des Maladies Nerveuses.

Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma grande affection.

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERKLEN

Ancien Doyen de la Faculté,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de notre respectueux attachement et de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant le temps que nous avons passé comme Externe dans son service et comme Assistant à la Policlinique Médicale A.

A MON MAITRE

M. le Professeur Agrégé Maurice Wolf.

Nous voudrions qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour la grande part qu'il a prise dans notre formation médicale.
Nous lui devons l'idée de ce travail et nous tenons à le remercier bien vivement pour les directives qu'il nous a données pour le mener à bonne fin.

A MON MAITRE

M. le Docteur Roger Cahn,
Médecin-Chef de la Policlinique Médicale A.

En gage de notre profonde reconnaissance pour les conseils éclairés et pour l'amitié qu'il nous a prodigués durant le temps que nous avons passé près de lui comme Assistant à la Policlinique.

INTRODUCTION

Le traitement de la maladie de Basedow est un des problèmes les plus difficiles et les plus controversés de la thérapeutique. De cause imparfaitement connue, elle a été soumise à des médications très différentes : l'iode, le salycilate de soude, bromure, quinine, sérum d'animaux éthyroïdés, l'opothérapie, diiodotyrosine, rayons X, radiums, interventions chirurgicales, se sont rencontrés pour réclamer la suprématie dans le traitement de cette maladie.

Des statistiques très nombreuses ont fait l'apologie de l'une ou l'autre de ces méthodes, et, fait à signaler, l'auteur d'un travail sur cette question, indique toujours comme nettement supérieure aux autres, la méthode qu'il applique ; l'accord est donc loin d'être fait.

Nous voulons essayer d'apporter dans ce débat une certaine clarté, c'est dans ce but que notre maître, le professeur agrégé Maurice WOLF, nous a proposé le sujet de ce travail.

La maladie de Basedow est une affection que nous observons assez souvent à la Polyclinique Médicale A, service auquel nous sommes attachés depuis 3 ans en qualité d'assistant.

Elle n'est pas toujours facile à diagnostiquer et son traitement par les différentes méthodes critiquées dans ce travail offre de nombreux éléments de discussion.

Nous voulons faire d'abord un travail de synthèse, ramasser d'une façon assez résumée, les différents traitements (historique, indication, action thérapeutique et résultats obtenus), et les comparer entre eux. Ensuite, nous citerons nos observations, les différents traitements que nous avons employés, les résultats que nous avons obtenus, pour les comparer et tirer à la fin une conclusion pratique.

LE PLAN DE NOTRE THESE

PREMIER CHAPITRE

Le traitement non médicamenteux :

A) Technique du traitement de la maladie de Basedow par les rayons X. — Historique. — Action, Médication. — Résultats.

B) Technique du traitement de la maladie de Basedow par le radium. — Historique. — Médication. — Résultats.

C) Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Historique. — Technique. — Indication. — Résultats.

CHAPITRE 2.

Le traitement médicamenteux :

A) Les traitements anciens (résumé).
B) Le traitement par l'iode. — Les résultats.
C) Diiodotyrosine dans le traitement du Basedow.

CHAPITRE 3.

Nos observations. — Les résultats.

CHAPITRE 4.

Conclusions.

PREMIERE PARTIE.

LE TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

I. — TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LES RAYONS X ET SES RESULTATS

A) *Historique :*

Le traitement du goître exophtalmique par les rayons X, n'est pas une méthode nouvelle et les premières publications sur ce sujet remontent à 1902 (WILLIAMS). Depuis, les radiologues comme BECLERE, SOLOMON, DELHERM, SILLMANN, BORAK, SLUYS, BELOT, HOLMES et combien d'autres, ont traité un nombre considérable de maladies de Basedow avec un très bon résultat *70% disent SLUYS* et beaucoup d'autres.

B) *Action et indication :*

L'action des rayons X est complexe. D'après SLUYS, les rayons X font disparaître les amas lymphoïdes constants dans les goîtres exophtalmiques et exercent une action sur le sympathique, et secondairement sur la cellule thyroïdienne, elle-même.

Les cas indiqués pour la radiothérapie sont soit des cas bénins, soit surtout les cas graves ou les malades qui craignent, une intervention chirurgicale, ou chez qui elle est contre-indiquée.

C) *Les principes de la technique :*

Les techniques sont variables d'après les auteurs. Voilà la technique qu'un grand nombre de radiologues emploient, comme : J. MAISIN, Van GOIDSENHOWEN, JACQMIN et STEENHOUT, et qui est connue en France sous le nom de « *la technique de Solomon* ».

Une séance par semaine à raison de *350 R. Solomon* sur chaque lobe thyroïdien. Le rayonnement doit être dirigé tangentiellement au larynx de façon à éviter celui-ci. Le voltage est de 160 ou 180 KW et on filtre sur 1/2 mm. de cuivre avec 2 mm.d 'aluminium. En tout : 10 à 12 séances hebdomadaires consécutives. Deux mois après la dernière séance on reprend 6 à 8 séances si l'état du malade l'exige.

Il n'est pas exceptionnel que les premières séances provoquent une exacerbation des symptômes basedowiens, surtout si on fait des séances trop rapprochées et si on emploie de fortes doses, mais cela n'a généralement pas de conséquences graves.

Le traitement médical associé comme le repos, régime, calmants du système nerveux est très important. L'avis des radiothérapeutes comme SLUYS, PFAHLER et VASTINE, est partagé quant à l'utilité de l'association de l'iode au traitement roentgenthérapique.

D) *Les résultats obtenus par les rayons X :*

D'après l'étude de plusieurs statistiques, on peut déduire de façon indubitable la valeur thérapeutique des rayons X dans la maladie de Basedow.

D'après les travaux les plus récents, le nombre de cas guéris par la roentgenthérapie varie entre *50% et 80%* (*A. LEMAITRE*).

BORAK, au dernier Congrès International de Physiothérapie rapporte 25,8% de guérison complète sans la moindre séquelle de leur hyperthyroïdisme. 60% sont considérés comme guéris, et le chiffre total des malades améliorés est de 72,3%.

SOLOMON signale sur 100 cas typiques, 70% de guérison complète, 27% d'améliorations et 3% de cas réfractaires.

La statistique récente et minutieuse de PFAHLER et VASTINE, relative à 327 cas dont 235 goîtres exophtalmiques, trouve 57,5% de guérison et 88% d'améliorations notables.

Dans l'ensemble de la littérature, SLUYS a trouvé trente cas de transformation d'hyperthyroïdie en myxœdème, mais tous ces cas sont guéris par l'opothérapie, et aucun de ces cas n'a la gravité de myxœdème après la chirurgie.

Un autre danger, d'après SLUYS, c'est hypodosage, la radiothérapie n'exerçant aucun effet ou un effet passager.

Il y a aussi des cas qui sont réfractaires aux rayons X : d'après GROOVER, il n'est que 2,6%, pour SOLOMON, 3%, pour les autres, 5-8,5% des cas.

La mortalité consécutive à la roentgenthérapie est de 1% pour beaucoup d'auteurs, et pour PFAHLER, VASTINE, elle serait de 2%.

Voilà le résultat du traitement par les rayons X d'après J. MAISSIN, VAN GOLDSENHOVEN, VASSILIADIS, JACQMIN et STEENHOUT : (tableau I.)

RESUME. — Parmi ces 20 cas de Basedow, on a 16 évolutions heureuses, 12 guérisons complètes, 4 améliorations très marquées, 4 insuccès qui ont été guéris ensuite par la curiethérapie.

C'est surtout l'exophtalmie, ensuite le goître qui disparaissent ; la tachycardie persiste plus longtemps, l'amaigrissement disparaît à la longue.

SCHULER et RAMBERG ont obtenu dans la radiothérapie, 50% de guérisons complètes et 25% d'améliorations évidentes.

POLLAUD obtient 30% de guérisons.

LES CRITIQUES CONTRE LA ROENGENTHERAPIE

1) Elle peut provoquer une hypothyroïdie plus ou moins pronocée : GROOVER, sur 305 malades, a observé 1,5% d'hypothyroïdies consécutives au traitement.

2) Les chirurgiens CRILE, DE QUERVAIN, VAUCHEN, ont signalé l'existence d'importantes adhérences post-roentgenthérapiques au niveau du corps thyroïde, chose qui rend une opération ultérieure plus délicate.

Noms	Age	Cure	Pouls avant	Pouls après	Tremblement av.	Tremblement ap.	Exophtal av.	Exophtal ap.	Goître av.	Goître ap.	Métab. av.	Métab. ap.	Poids perte gain av.	Poids perte gain ap.	résultats remarques
Goîtres exophtalmiques															
1 Mle G	20	1	tachyc	110	++	o	++	o	++	+			12	9	améliorat. très notable
2 Mme V	35	2	"	80	+	+	+	o	+	o	+55%		+	+	guérison
3 Mme L	40	1	"	72	++	o	++	o	++	o			++	++	Décompensation cardiaque + ascite av. le trait
4 Mme V	42	1	"	72	+	o	+	o	+	o	+28%	N	+	10	" Pigmentation locale
5 Mle L	30	2	110	90	++	o	+++	±	++	o	+70%	N	++	17	"
6 Mle C	40	1	130	80	+	o	±	o	±	o	+83%	+11%	++	17	"
7 Mr. W	45	1	tachyc.	96	++	±	+	o	+++	+			+	22	amélioration
8 Mle S	15	1	"	72	±	o	±	o	+	o	+13%		+	+	guérison
9 Mr. T.	60	1	130	84	±	o	++	o	++	+	+40%	N	+	10	a subi en 1922 la ligat: der artères thyroïdiens
10 Mr. S	37	1	160	90	+	±	+	+	±	±	+92%		++	20	amél. t. not.
11 M. B	34	1	tachyc.	80	++	o	+	o	o	o	+23%		+	4	guérison
12 M. O	39	1	120	90	++	o	+++	±	+++	+	+48%	+9%	++	30	guérison
13 M. C	35	1	150	80	++	o	+	o	+	o	+38%	+4%	+	7	"
14 Mr. T	31	1	120	92	+	o	+	o	+	o			+	+	"
15 Mr. D	37	2	tachy.	80	+++	o	++	o	+	o	+32%	+14%	+	20	"
16 Mme P	62	1	160	104	++	±	+++	±	+	o			+	+	amél. not.
Ad. Toxiques															
18 Mr. A	45	1	120	76	+++	o	o	o	+++	++		N	+	+	guérison récidive chirurg. tétan.
19 Me D	47	1	tachyc.	88	++	o	++	o	+	±				++	"
20 Me C	31	1	"	72	+	o	o	o	+	±	+60%	+18%	+	5	amél. not.
Formes frustes															
21 Me G	22	1	110	72	±	o	o	o	+	+	+23%				guérison
22 Me M	22	2	120	84	+	o	+	+	±	o	+18%	+9%	±	±	amélioration

3) Des accidents cutanés, au cours du traitement, peuvent arriver. Il est connu que la peau des malades de Basedow est hypersensible aux radiations et il survient parfois de légères téléangiectasies ou pigmentations locales.

GROOVER trouve 2%, PFAHLER et VASTINE, sur 327 cas, ont eu 14 fois ce genre d'accident.

4) Quant aux autres complications comme les cas de périchondrite graves du larynx et les accès de tétanie, ils doivent être attribués à une technique défectueuse.

2. — TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LE RADIUM ET SES RESULTATS

A. — *Historique :*

La curiethérapie dans la maladie de Basedow est d'introduction plus récente. C'est ROBERT, de New-York, qui avait songé le premier à employer le radium pour traiter cette affection, par l'implantation d'un tube de verre contenant du radium dans le corps de la thyroïde ; le premier résultat fut très beau. Par contre, les suivants furent beaucoup moins.

Ce ne fut que 10 ans plus tard qu'il eut des imitateurs comme DAWSON, TURNER, W. TERRY, en suite BURROWOS a été le premier à employer l'application externe du radium, et à l'heure actuelle on emploie la méthode de GUISBOURG (1930) qui se base sur les principes énoncés par BURROWOS.

B. — *Indications du traitement par le radium.*

D'abord, être sûr du diagnostic. Quant au genre de cas à admettre en traitement, les auteurs sont d'avis que *tous les cas sont justiciables de curiethérapie,* la seule contre-indication, c'est le cas où le malade souffre d'une autre affection, pour laquelle il y a urgence

d'opérer, il vaut mieux alors recourir à la strumectomie, plus rapide que la curiethérapie.

E. — *Principes de la Technique.*

On applique sur le cou du malade un appareil moulé en pâte Colombia par exemple, de façon à envelopper tout le goître ; on le maintient à 3 ou 4 cm. de distance de la peau à l'aide de feuilles de feutre ou d'ouate superposées.

On peut aussi mouler les appareils en fibre de bois (SLUYS) ou employer comme GUISBOURG des blocs de bois léger de 3 ou 4 cm. d'épaisseur portant le radium.

Sur ces différents appareils on dispose 100 milligrammes en tubes de 5 milligrammes filtrés par 1 mm. de platine. Il faut disposer les tubes en surface de façon à réaliser une irradiation homogène et en laissant un rebord en haut et en bas de l'appareil (près du menton et du sternum) sans radium, de manière à ne pas irradier la poitrine ou le cou à une distance plus courte que 3 ou 4 cm.

Au cours d'un traitement, on laisse l'appareil en place un nombre d'heures suffisant, pour détruire 1/2 millicurie par centimètre carré de surface radiante.

Il est absolument contre-indiqué de laisser l'appareil en place de façon continue pendant tout un traitement.

Généralement on obtient la dose indiquée ci-dessus en 55 ou 60 heures d'irradiation, suivant les dimensions de l'appareil. On répartit ces 60 heures sur 5 à 7 jours jusqu'à 12 jours dans les cas graves.

Après un premier traitement, le malade est laissé au repos pendant deux mois. Dans la plupart des cas sérieux, il faut 3 à 4 traitements, espacés de 2 mois, pour obtenir un résultat parfait.

Il est inutile de donner de l'iode au malade avant le traitement, mais les malades qui néanmoins ont subi un traitement iodé avant la curiethérapie, doivent le reprendre ou le continuer pendant et après la cure au radium.

1) *Résultats :* Dans la grosse majorité des cas, les trois premières semaines qui suivent le premier traitement sont pénibles pour le malade. Les symptômes persistent, des fois augmentent d'intensité, dans d'autres cas une légère fatigue se manifeste. Ensuite, une fois cette *période de réaction* passée, le malade s'améliore généralement très vite.

LOUCKS estime que les résultats obtenus par la curiethérapie sont comparables à ceux que la chirurgie peut fournir.

BERARD pense que la curiethérapie est indiquée quand la thyroïdectomie est contre-indiquée ou bien quand le traitement chirurgical a échoué.

SOLOMON, GUISBOURG ont traité également un grand nombre de goîtres exophtalmiques par le radium. Ils ont obtenu la guérison clinique chez la plupart de leur malades, en général avec un bon traitement médical concomitant.

Voici les résultats obtenus par J. MAISIN, Van GOIDSENHOVEN, VASSILIADIS, JACQMIN : sur 64 cas de goîtres exophalmiques : 58 cas d'évolutions fa-

vorables, dont 42 guérisons, c'est-à-dire, 72% et 6 évolutions fâcheuses dont 5 morts.

La mortalité après l'application du radium est une question du plus haut intérêt. LOUCKS, sur 500 cas, en a vu mourir 6. Quant à l'association du traitement médicamenteux à la curiethérapie, le repos physique et moral, et un régime hypoazoté sont très indiqués. LOUCKS considère l'emploi du Lugol « comme précieux, mais dangereux ».

DAUTREBANDE a fait entrevoir que par les doses continues et progressives on pourrait améliorer le rendement de la radiothérapie et curiethérapie.

A l'heure actuelle, tout le monde est d'avis que, si un malade a pris de l'iode pour traiter son goître, chose très fréquente, il y a réel danger à faire la curiethérapie sans reprendre la médication iodée.

En faisant un parallèle entre les résultats obtenus par la curiethérapie et la roentgenthérapie, d'après le plus grand nombre d'auteurs, on conclut que la curiethérapie est plus efficace que le traitement par les rayons X.

D'une part, les radiothérapeutes signalent un nombre assez élevé de cas réfractaires aux rayons X, ces malades ont été traités avec succès par la curiethérapie. Les échecs de la curiethérapie sont bien plus rares et si on compare les résultats définitifs fournis par le radium et ceux de la roentgenthérapie, on est frappé par le pourcentage élevé de malades complètement guéris par la curiethérapie.

De même les petites altérations cutanées sont plus rares qu'après la roentgenthérapie. La curiethérapie peut s'appliquer au lit du malade, chose très importante lorsqu'il s'agit d'hyperthyroïdiens graves, notamment arrivés déjà à la période de décompensation cardiaque.

On peut donc conclure que la curiethérapie est une méthode thérapeutique de très grande valeur dans le traitement des hyperthyroïdies franches.

3. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE BASEDOW

---

1. — HISTORIQUE

C'est TILLAUX qui, en 1880, pratiqua la première thyroïdectomie pour goître exophtalmique et c'est surtout après la thèse d'ALAMARTINE en 1910 et le XXIII Congrès Français de Chirurgie que la thyroïdectomie a été pratiquée mais pendant une courte période seulement. La question est reprise à l'heure actuelle (Prof. BERARD et PEYCELON).

Comme intervention chirurgicale on a essayé plusieurs techniques :

1. — *Sur le sympathique cervical,* méthode créée par JABOULAY, méthode qui ne donne guère un bon résultat, ces interventions n'ont pas de base anatomique et les résultats thérapeutiques paraissent très inférieurs aux autres techniques.

2. — *Les ligatures des artères thyroïdiens,* d'après le Prof. BERARD et PEYCELON, n'ont qu'une action bien transitoire, restent les :

3. — *Résections thyroïdiennes* qui possèdent une base clinique et expérimentale. En 1910, après le Congrès Français de chirurgie, tout le monde était pour l'hémi-thyroïdectomie, depuis l'opinion est allée de plus en plus vers la :

4. — *thyroïdectomie subtotale.*

Cette méthode a été préconisée il y a vingt ans par DUNHILL, puis par les chirurgiens américains avec MAYO CRILLE, LAHEY. Cette méthode a été vulgarisée en Europe par de QUERVAIN, HOLST, TROELL et MOREAU. « Elle est logique au point de vue anatomo-pathologique, elle es licite au point de vue physiologique justifiifiée par ses résultats », disent les Prof. BERARD et PEYCELON.

La thyroïdectomie subtotale est considérée actuellement comme l'opération de choix.

B) *Indications.* — Les différents auteurs connus en Suisse : KOCHER, GARRE, KUTTNER, COWEL et PLUMER en Amérique, sont d'accord que si l'on veut donner aux basedowiens le maximum de chances de guérison, c'est au moyen de l'intervention chirurgicale, précédée et suivie par un traitement médical par l'iode.

L'indication de l'opération se pose dans toute manifestation de l'hyperthyroïdisme rebelle à un traitement médical méthodique soit :

1° les goîtres exophtalmiques avec syndrome basedowien au complet,

2° les formes sévères,
3° les formes cachectiques.

C) *Technique :*

I. — Un traitement pré-opératoire est indispensable, là-dessus, tout le monde est d'accord. Ce traitement se compose de repos, hydrothérapie, calmants, mais le principal médicament c'est l'iode qui doit être administré d'après la méthode de DAUTREBANDE.

A la veille de l'opération, une dose de XXX gouttes de somnifène est absorbée par les malades.

II. — *Comme anesthésie,* tous les auteurs sont d'avis sur l'anesthésie locale, qui donne les meilleurs résultats.

III. — *Technique opératoire :* (Prof. BERARD et PEYCELON).

1° Enlever la majeure partie de la glande hyperplasiée, donc une lobectomie bilatérale, dans une séance,

2° Prévenir les deux grandes complications :

a) la lésion des nerfs récurrents, et des glandes parathyroïdes, et

b) le grand danger des opérations sur une glande basedowienne qui est l'hémorragie. Elle peut être prevenue par les ligatures premières faites avant toute manœuvre. Ensuite l'opération se poursuit en plusieurs temps :

1er temps : incision et découverte de la glande thyroïde,

2° temps : ligature des pédicules artériels du lobe que l'on doit reséquer en premier, d'après la technique de De QUERVAIN,

3e temps : luxation du lobe et lobectomie subtotale, ensuite la même chose de l'autre côté,

4e temps : réfection des plans superficiels et drainage.

Telle est schématiquement l'opération actuelle du goître exophtalmique qui enlève au moins les 3/4 de la glande.

D) *Les résultats :*

FLAZIER accusait 80% de guérisons ou d'améliorations persistantes qui permettaient la reprise de la vie normale.

GOETSCH en 1925, trouve 80 à 95% de résultats heureux.

132 cas :

KUTTNER, à Breslau, en 1924, accusait pour 132 cas :

92 guérisons complètes, soit 69% ;

22 améliorations très marquées, soit 17% ;

9 insuccès, soit 7%.

CRILLE signale qu'il a obtenu sur 1244 cas, 98% de résultats favorables.

TROELL a revu 236 survivants de ses malades opérés entre 1917 et 1927 : 51% ont obtenu une guérison parfaite, 39% sont porteurs des séquelles, mais capables de travailler. 6% ont récidivé.

PEMBERTON a recueill à la clinique Mayo des résultats datant d'au moins 5 ans.

Sur 311 opérés : 55% de guérisons complètes. 31% de grandes améliorations et 7% d'insuccès.

Récemment, SMITH, CLUTE, STRIEDER, ont publié dans Surgery, Gynecology and Obstetries (1928),

sur 100 cas de Basedow opérés depuis 1925, dans 92% une forte amélioration, *mais quelques cas de myxoedèmes.*

LABBE et AZERAD dans leur statistique sur 25 cas ont une mortalité de 20%, 10 cas de guérison complète, soit 66%, et 5 cas de grande amélioration, tous ces malades avaient subi une thyroïdectomie subtotale après une préparation pré-opératoire et post-opératoire par l'iode.

D'après les derniers travaux et la thèse de PEYCELON, les résultats immédiats varient suivant les chirurgiens mais un fait certain, c'est que le taux de mortalité s'est abaissé de 15 à 2% au cours de ces vingt dernières années.

PEYCELON, sur 32 thyroïdectomies subtotales sur des goîtres exophtalmiques typiques, a eu 2 décès dans les 48 heures après l'opération et un cas de tétanie. Par contre, tous les malades opérés ont eu une réaction post-opératoire : fièvre 38°-39°5, agitation plus ou moins grande, qui se sont améliorés par le repos et le traitement par de l'iode.

Le résultat éloigné dépend beaucoup de la quantité de tissu glandulaire enlevé, dit PEYCELON.

Sur 15 résections thyroïdiennes pour Basedow il trouve :

1° Sur 23 hémythyroïdectomies :

5 guérisons donc 22%, 8 grandes améliorations, c.-à-d. 33% ;

8 améliorations simples et 2 récidives.

2° Sur 22 thyroïdectomies subtotales :

6 guérisons 30% ;

10 grandes améliorations 45% ;

5 améliorations simples ;

1 cas de tétanie.

Le Prof. BERARD et PEYCELON publient une autre statistique depuis 1917. Comme résultat immédiat sur 68 cas opérés, 4.4% de mortalité ; les autres cas, forte amélioration et guérison dans la plupart des cas.

Le résultat éloigné est de 85% guérison, dont 50% de guérison complète.

LA CRITIQUE DU TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX DE LA MALADIE DE BASEDOW

Les chirurgiens disent : que la radiothérapie est un traitement trop long, qu'elle n'a qu'une action passagère, qu'elle est susceptible de provoquer des poussées d'hyperthyroïdisme et une aggravation des symptômes, que son application peut être suivie de myxœdème, qu'elle peut être suivie de lésions cutanées, de troubles de la vascularisation et d'adhérences qui rendent le traitement opératoire plus difficile.

Les radiologues disent : qu'un traitement chirurgical fait courir des risques :

1° Du fait de complications opératoires immédiates, hémorragies, asphyxie, mort par choc opératoire ;

2° Du fait de complications post-opératoires, poussées d'hyperthyroïdisme, myxœdème, tétanie, complications pulmonaires et cardiaques, parésies laryngées, résultats esthétiques discutables, convalescences prolongées ,absence d'amélioration des signes de la série sympathique, notamment de l'exophtalmie.

Une chose est certaine, c'est que la chirurgie et la radiothérapie doivent être lavées d'un reproche, c'est la provocation du myxœdème.

On peut donc tirer comme conclusion que chaque cas de goître exophtalmique est un problème particulier. Il n'y a pas de traitement type. Il est plus sage de dire qu'une collaboration entre médecins ,chirurgiens et radiothérapeutes doit déterminer dans chaque cas ou catégorie, la marche à suivre.

DEUXIEME PARTIE

LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
HISTORIQUE - PRINCIPES - INDICATIONS
TECHNIQUE - RESULTATS

A. — LES TRAITEMENTS ANCIENS

1° Des médications très nombreuses ont été essayées contre le syndrome de Basedow.

BASEDOW, GOSSET, TROUSSEAU, MOEBIUS, ont employé le Brome, environ 2 gr. par jour, mais comme sédatif seulement. D'autres ont essayé la Belladone (SCHMITH, COOPER, GRAVES, WILKS), sans résultat. Les essais qui ont été faits, soit avec de l'ergotine jusquiame, Chloral ou Véronal, le Sulfate de quinine (préconisé par LANCEREAUX, PAULESCO), ne visaient qu'un symtôme, soit l'insomnie, le tremblement, la tachycardie.

2° L'opothérapie dans la maladie de Basedow a donné quelquefois un bon résultat (hémato-éthyroïdine, extrait ovarien), mais jamais un résultat constant. (M. LABBE, MARANON).

B. — LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW PAR L'IODE

1° *Historique :*

Dès 1840, BASEDOW avait employé l'iode dans le traitement du syndrome exophtalmique et de nombreux cliniciens, à sa suite signalèrent de bons résultats obtenus par eux : CROS, TEREOL, STOKES, qui administraient l'iode par voie buccale, BÖTZ, GALUYS, HIRSCH, Von GRAEPE, qui en usaient par voie externe. DEBONE, THYSSEN, qui injectèrent de l'iode, méthode complètement abandonnée aujourd'hui. Mais une vive réaction ne tarda pas à se produire, suscitée par l'usage immodéré que l'on fit de cette médication.

RILLIET, dès 1860, avait décrit sous le nom d' «iodisme constitutionnel » des accidents rappelant ceux du basedowisme et consécutifs au traitement du goître banal par l'iode.

JACCOUD, FRIEDREICH, TROUSSEAU, condamnèrent formellement le traitement du goître exophtalmique par les préparations iodées.

Cette prohibition sembla définitive après les publications de KOCHER 1904-1910, sur le Basedow iodique.

Pourtant, à la suite des travaux de Marine en 1911, le traitement iodé fut employé de nouveau et regagna peu

à peu sa place dans la thérapeutique du goître exophtalmique.

En 1917, CHVOSTECK, signala des améliorations très marquées du syndrome de Basedow à la suite de l'ingestion de très petites doses d'iode et conseilla de reprendre l'étude de la question. NEISSER, LOERNY, et EOUCHEK, obtinrent aussi des résultats très concluants.

Mais c'est surtout en Amérique que la méthode fut expérimentée avec le plus d'ampleur d'abord par PLUMMER, en 1921.

En 1923, PLUMMER pouvait rassembler 400 cas de goître exophtalmique considérablement améliorés par l'iode, et démontrant l'heureuse influence de cette thérapeutique sur le métabolisme basal, sur la régularisation du cœur et sur l'abaissement de la mortalité dans les cas soumis à l'opération.

En 1924, BOOTHY s'appuyant sur 1200 observations recueillies à la Clinique Mayo, confirmait cette action de l'iode dans la maladie de Basedow, l'iode étant donné à la dose moyenne de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 sous forme de Lugol.

De l'avis unanime, les résultats de cette médication sont très rapides, au bout de 2 ou 3 jours, les signes subjectifs s'améliorent, le métabolisme de base subit une chute marquée, la tachycardie diminue, le poids augmente.

En France, M. LABBE estime que le traitement iodé est supérieur à la radiothérapie, par la rapidité et la sécurité de son action et qu'il est susceptible, s'il est suffi-

samment prolongé à la dose moyenne de 0 gr. 10 par jour, d'obtenir des améliorations marquées, et souvent la guérison complète.

En 1927, DAUTREBANDE a publié un travail fort intéressant sur la maladie de Basedow, son traitement par l'iode et ses résultats. D'après lui, il y a trois étapes dans le traitement par l'iode : La première, celle de TROUSSEAU, 1863, qui découvre par hasard l'action de la teinture d'iode, puis, la 2e celle de KOCHER, 1904-1910, qui la généralise trop dans les goîtres, et la 3e, celle de PLUMMER, en 1923.

DAUTREBANDE lui-même est l'auteur d'une technique de traitement par l'iode, que nous allons décrire un peu plus loin, méthode qui tend, à l'heure actuelle, à se généraliser.

L'ACTION DE L'IODE :

Le Basedow n'est pas une simple affection locale, mais une affection locale déterminée par des causes générales. L'action normale de la thyroïde est dépendante de l'utilisation de la thyroxine par les tissus. On peut donc concevoir l'action de l'iode qui soumet à un repos tout l'organisme et par le fait même la thyroïde.

L'iode diminue rapidement l'activité de tous les tissus, et par le fait même diminue l'exitation exagérée de la thyroïde, chose que l'on peut contrôler par la courbe du métabolisme basal.

Les études de MERKE, RIENHOF, TROELL, HELLOIG ont démontré que sous l'influence de l'iode, la vascularisation de la glande hyperplasiée diminue nota-

blement, les follicules se remplissent de colloïde, et reprennent leur aspect sphérique, les caractères histologique se rapprochent de la normale.

D'après KENDALL, la maladie de Basedow est une dysthyroïdie liée essentiellement à une altération qualitative de la thyroxine, celle-ci n'ayant pas, dans cette hypothèse, sa teneur normale en iode, d'où l'idée de traiter le Basedow par l'iode.

DAUTREBANDE voit à côté de cette dysthyroïdie des autres facteurs extra-thyroïdiens méconnus.

TECHNIQUE

Tout le monde est d'accord sur le fait que l'administration d'une quantité suffisante d'iode amène en quelques jours, et parfois en quelques heures, une sédation de tous les symptômes.

La solution d'iode (Lugol) employée : pour 24 heures : 10-30 centigrammes d'iode, soit 30-40 gouttes par jour de la solution :

IODE 5 gr., IODURE DE POTASSIUM 10 gr., EAU 100 gr.

On a considéré l'action de l'iode comme très passagère après cette technique de traitement, si bien qu'on a considéré le Lugol comme un médicament pré-opératoire seulement, D'après les travaux de DAUTREBANDE, on peut tirer du Lugol des effets prolongés en le donnant d'une façon continue et en fractionnant les doses. DAUTREBANDE et LEMORT ont vu que certains malades réagissent beaucoup plus au traitement par le Lugol quand on

fait prendre la quantité d'iode prescrite en 5, 6, 8, 10 ou même 20 prises au cours de la journée.

DAUTREBANDE et LEMORT ont décrit cinq manières différentes d'administrer la solution de Lugol :

Type I. — Doses continues invariables, par exemple 2 x 10 gouttes par jour pendant un an ;

Type II. — Doses continues et croissantes, par exemple 2 x 5 gouttes, puis 2 x 10 gouttes, puis 2 x 20 gouttes par jour.

Type III. — Doses fractionnées minimes, par exemple 5 x 2 gouttes par jour.

Type IV. — Doses fractionnées et croissantes, par exemple 10 x 2 gouttes, puis 10 x 3 gouttes, ou 15 x 2 gouttes par jour.

Type V. — Traitement intermittent brusqué, par exemple augmentation des doses jusqu'à 50 gouttes par jour, puis arrêt brusque et complet de l'iode pendant quelques jours pour reprendre ultérieurement par petites doses fractionnées.

Les auteurs ont trouvé que la préférence marquée de certains sujets pour tel ou tel type d'administration de l'iode est frappante.

Mais ce n'est qu'après tâtonnements qu'on peut déterminer le type de traitement approprié à chaque malade.

LES RESULTATS :

Le graphique de KESSEL, qui a été publié en 1924, nous montre la valeur comparative de différents traitements de l'hyperthyroïdie. Il avait placé 50 de ses malades dans les conditions les plus favorables de repos et de

calme, sans leur faire subir le moindre autre traitement.

La courbe du métabolisme faite de mois en mois pendant une année, a montré une chute très grande, qui en comparaison avec d'autres courbes faites chez des malades après opération, nous montre la valeur du repos dans le traitement de la maladie de Basedow. KESSEL a publié son travail en 1924, avant l'ère de l'iodothérapie systématique.

Un grand nombre d'auteurs américains, à la suite de PLUMMER et BOOTHY, concluent que dans la maladie de Basedow, l'iode a une action thérapeutique très puissante, qu'il abaisse le métabolisme et améliore les symptômes cliniques presque à tout coup, mais aussi que cette action est très brève, si brève qu'ils ne donnent ce médicament que dans les huit ou dix jours qui précèdent l'intervention chirurgicale seulement.

En France, c'est le Prof. Marcel LABBE qui a généralisé l'emploi et qui a publié à de nombreuses reprises les bons résultats qu'il a eus avec le traitement iodé dans les cas de Basedow.

Mais Marcel LABBE préconise plutôt la collaboration entre médecin, chirurgien et physiothérapeute. « C'est une question de tempérament, si on est pressé on s'adresse à la chirurgie, car les résultats de la chirurgie sont peu-être plus rapides ; le traitement médical par l'iode est très important, mais il faut avoir ou pouvoir avoir de la patience. L'iode est un excellent médicament, mais il faut savoir l'employer ».

Ensuite un grand nombre d'auteurs connus : ABRAMI, BERAREL, DUNET, BRAW, DELBET,

HUBNER, LAUNAY, PUITO et COELHO, BELOT et LEDINE, GILBERT DREYFUS, etc., ont publié de très bons résultats, qu'ils ont obtenus avec l'iode.

En 1927, DAUTREBANDE et LEMORT ont montré déjà que l'on pouvait tirer de l'iode des effets prolongés à la condition d'augmenter la dose chaque fois que le métabolisme après la chute initiale se relève. Ils donnent comme résultat en utilisant cette technique, une chute de métabolisme après la chute initiale se relève. Ils donnent comme résultat en utilisant cette technique, une chute de métabolisme de base après chaque augmentation de dose dans 76% des cas. En 1931, les mêmes auteurs, administrant l'iode d'après les 4 types décrits plus haut, arrivent aux résultats suivants :

1) Les malades iodorésistants sont rares ;

2) L'iodothérapie est actuellement le meilleur traitement médicamenteux de l'hyperthyroïdie.

Voilà en résumé le résultat des 17 malades traités par la Thyroïdectomie avec préparation iodée :

Sujets	Diagnostic	Le Metabolisme de Base :			
		avant le traitement	avant l'opération	Opération	
				+ iode	sans iode
L.	Ad. toxique	+40	+10	+10	+50
W.	Basedow	+86	+36	—	+47
D.	Ad. toxique	+44	+10	−42	−23
L.	Basedow	+52	+32	+10	+44
F.	Basedow	+80	+37	+32	+60
K.	Ad. toxique	+67	+27	—	+30
C.	Ad. toxique	+43	+12	−11	+31
C.	Basedow	+80	+41	+30	+67
M.	Basedow	+50	+17	+13	+13
B.	Basedow	+50	+40	−20	−10
P.	Basedow	+50	− 1	− 6	−10
F.	Basedow	+88	+47	+67	+74
C.	Basedow	+40	+10	−25	−15
C.	Ad. toxique	+66	+ 4	+10	+ 4
M.	Basedow	+60	+30	+30	+55
C.	Ad. toxique	+50	+ 8	− 3	± 0
A.	Basedow	+57		+10	+45
	Moyennes	+60	+21	+ 7	+29

qui nous montre :

1) Que le métabolisme de base, par l'iode seul, tombe de 39% ;

2) Que l'opération, l'iode continuant à être administré, abaisse encore le métabolisme de base de 14% ;

3) Que si l'on supprime l'iode, le métabolisme de base remonte de 22%.

Voilà en résumé le résultat de 19 cas de Basedow, en plus grande partie traités par l'iodothérapie prolongée :

Sujet	Diagnostic	M. de base av. trait.	M. de base ap. trait.	Durée de la cure iodée
P.	Basedow	+39	+16	2 ans 1/2
N.	Basedow	+21	—22	2 ans
Ri.	Basedow	+64	+11	1 an
Ro.	Hyperthyroidie sans Goitre	+33	+ 7	7 mois
Ke.	Adenome toxique	+39	— 6	3 mois
N.	Hype thyroidie sans Goitre	+ 8	— 8	3 mois
J.	Basedow	+30	—26	6 mois
Gn.	Basedow	+30	—11	4 mois
Ke.	Hyperthyroidie sans Goitre	+23	+ 9	4 mois
Ma.	„ „ „	+27	± 0	3mois 1/2
L.	Adenome toxique	+40	+10	2 ans 1/2
Res.	„ „	+43	+ 6	14 mois
Bl.	Goitre Colloide+Hypertrophie	+80	+29	5 mois
Ha.	„ „ „	+60	+25	2 mois
Ro.	Basedow	+67	+14	5mois 1/2
Ma.	Basedow	+65	+31	2 mois
To.	Adenome toxique	+14	+ 6	3mois 1/2
An.	„ „	+25	+12	4 mois

Le métabolisme de base de ces malades tombe *du chiffre moyen de + 39% au chiffre de + 5%*.

Il est clair, d'après ces chiffres, que :

1° L'iodothérapie prolongée non seulement est inoffensive, mais rend des services remarquables dans le traitement de l'hyperthyroïdie de quelque nature qu'elle soit.

3° D'autre part, il est indiqué de continuer l'iode aux malades après une opération pendant un temps indéterminé, si le métabolisme de base ne revient pas à la normale.

3° En comparaison avec les autres statistiques, l'iodothérapie ne doit pas être considérée comme un simple adjuvant de la thyroïdectomie, mais comme un véritable traitement de fond de la maladie de Basedow.

C). — LES TRAITEMENTS MEDICAUX RECENTS DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

L'hématothérapie et la Diiodotyrosine.

a) *L'Hématothérapie :* BIER a préconisé, il y a quelques années, dans le traitement du goître exophtalmique, les injections alternées de sang défibriné de mouton et de bœuf. Cette thérapeutique vient d'être rénovée, à la suite de la découverte dans le sang normal d'un pouvoir antithyroïdien capable de neutraliser l'action des substances élaborées par la thyroïde, thyroglobuline et thyroxine.

Au point de vue thérapeutique, ANSELMINO et HOFFMANN ont obtenu des résultats favorables chez les basedowiens traités par cette méthode.

b) *Le traitement par la Diiodotyrosine.*
Historique - Introduction.

C'est à partir de 1929, après les travaux de HARINGTON, KENDALL et FOSTER, qui mirent en évidence dans le tissu thyroïdien, un nouveau composé chimique, qu'on emploie, la diiodotyrosine en thérapeutique dans les cas de Basedow.

Qu'est la diiodotyrosine? Elle a été extraite des produits d'hydrolyse de certains protides iodés naturels (algues maritimes).

La diiodotyrosine se prépare en saturant à 0° par un excès d'iode, une solution de tyrosine dans de la soude normale. Il se forme une gelée homogène transparente qui se dépose en masse sous l'aspect de microcristaux, ceux-ci lavés à l'acide acétique donnent la diiodotyrosine pure.

On suppose que la thyroxine (KENDALL) qui est un dérivé tétraiode de la para-hydroxy-phénil-thyrosine, représentent avec la D. les deux acides aminés vecteurs d'iode les plus importants.

Actuellement, certains auteurs (ABELIN), pensent que l'activité physiologique de l'hormone thyroïdienne est la résultante des effets antagonistes de la diiodotyrosine et de la tyroxine normalement en équilibre. En cas de rupture de cet équilibre, la prépondérance de thyroxine provoquerait l'hyperthyroïdisme, l'excès de diiodotyrosine le myxoedème.

Les résultats expérimentaux obtenus par les différents auteurs ont incité à faire entrer la diiodotyrosine dans le domaine de la thérapeutique.

C'est depuis 1931 que SCHUNMYER et WISMANN ont traité un grand nombre des Basedow au moyen de diiodotyrosine à raison de 10-20 centigrammes par jour. Leurs résultats, confirmés par ceux de KOMMERELL 1931, peuvent se résumer ainsi :

1° Diminution rapide (en quelques jours) de l'hypermétabolisme, sans exception. Cependant, après cette chute, le métabolisme de base s'accroît de nouveau si la diiodotyrosine continue d'être administrée d'une façon régulière. Mais une nouvelle administration, après ces-

sation temporaire du traitement, provoque une nouvelle diminution du métabolisme de base.

2° Augmentation considérable du poids corporel.

3° Amélioration des symptômes objectifs et subjectifs tels que la tachycardie. Ces deux ordres de phénomènes restent indépendants de la remontée du métabolisme de base.

4° Les Basedow légers ou de gravité moyenne peuvent rester longtemps améliorés après un seul traitement.

5° Il n'y a pas d'accoutumance au médicament.

6° Le traitement par la diiodotyrosine est tout à fait indiqué pour préparer la thyroïdectomie.

7° L'action pharmacodynamique de cet acide aminé, ne repose pas, d'après ces auteurs, sur l'action seule de l'iode.

Cependant, d'après GUTMANN, SOBAL et PALMER (1933), les résultats obtenus par la diiodotyrosine ne seraient pas meilleurs que ceux obtenus par les iodures. KOMMERELL n'est pas du même avis. Il a traité par la diiodotyrosine 4 cas de maladies de Basedow, et d'après lui, les résultats obtenus furent excellents et supérieurs à ceux que peuvent donner les iodures.

En 1932, PARHON et BAILLIF ont publié une observation qui peut se résumer de la manière suivante «le traitement par la diiodotyrosine a déterminé chez notre malade la régression rapide des symptômes basedowiens et l'apparition de toute une série de symptômes d'ordre myxoedémateux, phénomènes qui ont disparu complètement après cessation du traitement.

Du même avis favorable pour la diiodotyrosine sont : DEL CASTILLO, ABELE, ZIMMERMANN, WINKENWERDER, COULON, PARADE.

DEL CASTILLO arrive à dire que la diiodotyrosine est aujourd'hui le traitement le meilleur dans les cas de Basedow.

En 1934, paraît la thèse du Docteur A. COMERMA, les auteurs (SANITON, COMERMA) ont traité 15 cas de Basedow et ils ont obtenu les résultats suivants :

4 cas très améliorés (guérison complète).

6 cas avec amélioration nette.

3 cas avec légère amélioration.

1 malade opéré dans de bonnes conditions.

1 échec du traitement.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'administration de la diiodotyrosine employée dans ces 15 cas, a été de 0,10 à 0,30 gr. par jour ;

2° L'action capitale de la diiodotyrosine est d'abaisser le métabolisme basal de + 100% à + 15% et d'amener une augmentation rapide du poids.

3° Elle diminue la tachycardie, agit favorablement sur l'état psychique et l'émotivité.

Mais le tremblement et l'exophtalmie sont beaucoup moins influencés.

TROISIEME PARTIE (1)

REVUE DES CAS DE BASEDOW AYANT SERVI A NOTRE DOCUMENTATION PERSONNELLE SUR LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DU BASEDOW

Sur un ensemble de 42 cas, 16 ont été traités par la méthode à l'iode de DAUTREBANDE. Un 2e groupe de 21 cas a également été traité par la diiodotyrosine (16 cas) ou à la dibromotyrosine (5 cas).

Les autres cas ont été traités par la chirurgie (2) ou par la radiothérapie (3).

Nous avons utilisé deux solutions de Lugol ; l'une, la solution de Lugol faible, présente la formule suivante :

— iode métallique . . . . . 0 gr. 10
— iodure de potassium . . . . . 0 gr. 20
— eau distillée . . . . . 20 gr. 00

et la solution de Lugol fort avec la formule suivante :

— iode métallique 0 gr.20
— iodure de potassium 0 gr.30
— eau distillée 10 gr.00

---

1) Je tiens a remercier encore une fois ici Monsieur le Prof. Agrégé Maurice Wolf, d'avoir bien voulu mettre à ma disposition sa documentation clinique si importante.

Les observations qui composent ce chapitre lui sont personnelles ou ont été recueillies par moi sous sa direction à la Policlinique Médicale A.

DEFINITIONS DES MALADES TRAITES

La maladie de Basedow est une affection qui présente plusieurs formes cliniques, et les malades que nous avons traités étaient tous des basedowiens typiques, c'est-à-dire caractérisés autant par un syndrome clinique composé de :

1. — *Symptômes thyroïdiens :* goîtres et amaigrissement ;

2. — *Symptômes sympathiques :* tremblements, exophtalmie, tachycardie.

3. — *Et par un syndrome biologique :* augmentation du métabolisme basal.

C'est vrai que chaque malade atteint de Basedow présente en ensemble un mélange de ces symptômes et souvent le diagnostic de la maladie n'est pas fait du premier coup d'oeil.

Pour suivre l'évolution de cette maladie, nous avons pris comme symptôme fondamental (ainsi que le proposent M. LABBE et DAUTREBANDE) l'augmentation du métabolisme basal, pour juger l'évolution et parler d'une guérison de la maladie, étant donné que l'évolution de ce symptôme reste le plus objectif et d'ailleurs le plus fondamental de la maladie de Basedow.

PREMIER GROUPE
MALADES TRAITES A L'IODE

1er cas. — R. Z. P.

Homme de 32 ans qui est venu nous consulter dans un état de fatigue extrême, ayant perdu dans les derniers 6 mois 14 kgs. Incapable d'exercer son métier de tailleur en raison de tremblements très marqués.

Insomnie, agitation, crises de diarrhée très fréquentes.

A l'examen, Basedow très typique à symptomathologie complète, avec exophtalmie extrêmement prononcée. M. B. +57.

Reçoit pendant une première période de 15 jours, 3 fois par jour, une goutte de Lugol faible. Se sent légèrement plus calme. M. B. +52. N'a pas grossi.

Pendant 15 jours, 3 fois 5 gouttes de Lugol faible M. B. +38. Augmentation de poids de 700 gr. Amélioration nette de l'état général.

Pendant 4 semaines, 6 fois 1 goutte de Lugol fort, persistance de l'amélioration, M. B. à +22, augmentation de poids de 3 kgs. 400, diminution notable des tremblements et de l'exophtalmie.

Par la suite, le malade a suivi un traitement oscillant entre 6 fois 2 gouttes de Lugol fort et 4 fois 5 gouttes de Lugol fort, se trouvant tantôt mieux par l'un, tantôt mieux par l'autre des 2 modes d'application.

Actuellement, après 3 ans 1/2 de traitement, les symptômes subjectifs se sont réduits très notablement. Le trem-

blement est à peine perceptible, l'augmentation de poids a atteint 9 kgs. 800, en augmentation régulière depuis le début du traitement. L'exophtalmie est beaucoup moins marquée. Le malade travaille régulièrement, sans fatigue.

Les transpirations très abondantes au début, ont très notablement baissé. Le M. B. n'a jamais atteint la normale. Il est resté pendant tout le temps de notre observation entre + 19 et + 10, parfois même avec des poussées jusqu'à + 27 et + 29.

2e cas. — K. O. E.

Femme de 32 ans présentant une agitation notable avec un amaigrissement qui a atteint 7 kgs. dans l'espace des derniers 6 mois. Tremblements très marqués, tumeur thyroïdienne peu marquée, exophtalmie presque nulle, tachycardie très notable, M. B. + 43. Pendant une première période de 15 jours 3 fois une gotte de Lugol faible sans effet; on augmente la dose à 3 fois une goutte de Lugol fort, M. B. + 40. Amélioration beaucoup plus nette. La malade nous revient après 15 jours avec une augmentation de plus de 1 kg., diminution de son agitation interne et de ses battements de cœur . Elle est plus confiante, se laisse examiner et répond très volontiers aux questions. M. B. + 28.

Par la suite, on maintient le traitement à la dose de 3 fois 2 gouttes de Lugol fort pendant les derniers 2 ans 1/2. La malade qui n'accuse aucune sensation de brulûre de l'estomac ou de désagréments de l'absorption continue d'iode, a un M. B. de + 14. Elle a augmenté de poids de 11 kgs, ne tremble pour ainsi dire plus, a des battements normaux du cœur et se sent très à son aise.

3e cas. — W. A.

Femme d'une trentaine d'années qui a présenté les premiers symptômes de sa maladie à la suite d'une scarlatine

très grave d'un de ses enfants. A cette époque, elle a brusquement maigri, de plus de 10 kgs. dit-elle. En même temps, elle s'est sentie agitée et tremblante et très sensible au froid.

A l'examen, présence typique des symptômes basedowiens avec M. B. de +37.

3 fois une goutte de Lugol faible pendant 15 jours, donnent une amélioration nette, augmentation de poids de 1 kg. 300, disparition du tremblement, diminution notable de l'agitation, régression du pouls à 72 par minute. La malade est restée depuis cette époque d'une façon continuelle à la même dose d'iode, interrompant son traitement tous les deux mois pendant 3 semaines pour laisser reposer son estomac dit-elle.

Le M. B. s'est maintenu aux environs de +15, présentant une augmentation à +21, +22, +18, vers la fin des phases d'arrêt de la médication.

4e cas. — Mme M. E.

Femme de boucher, âgée d'une quarantaine d'années, travaillant elle-même dans le métier de son mari. Tachycardie très prononcée, léger tremblement assez peu marqué, pas d'exophtalmie. Par contre, transpiration assez abondante et augmentation notable du corps thyroïde. M. B. +39.

Pendant 15 jours, 3 fois une goutte de Lugol faible. Montre une légère amélioration et diminution de l'agitation intérieure. La tachycardie est descendue de 116 à 72, le poids a augmenté de 250 gr. M. B. +28.

Pendant 15 jours, 3 fois 1 goutte de Lugol fort qui anmènent une régression très rapide des symptômes cliniques avec légère diminution du volume du cou et rétablissement complet de l'état général. Le poids a augmenté de 1 kg. 200.

Par la suite, persistance de la même amélioration avec la médication de 4 fois 1 goutte de Lugol fort.

La malade, actuellement, n'a plus de tacycardie, est capable de travailler comme avant dans la boucherie. A augmenté notablement de poids, environ 5 kg., d'après les dernières pesées. Elle ne ressent plus l'angoisse intérieure qui l'agitait tant auparavant.

5e cas. — L. Y.

Jeune fille de 23 ans qui présente une tachycardie de 180 avec de la dyspnée, des tremblements très marqués, de l'insomnie et des sueurs profuses. Corps thyroïde légèrement augmenté dans son ensemble avec petits nodules de la grosseur d'une noix dans la partie centrale. Poids 38 kg. M. B. +64.

6 fois une goutte de Lugol faible pendant 15 jours amènent une diminution notable des sueurs et un sommeil plus pertinent, bien qu'encore très agité. M. B. après 15 jours +46, poids 39 kg. 200.

4 fois 2 gouttes de Lugol fort pendant 4 semaines produisent une amélioration beaucoup plus nette avec une augmentation de poids de 3 kg. et une diminution du M. B. à M. B. +31.

Par la suite la malade montra une variabilité de sensibilité à l'iode, présentant avec 6 fois 1 goutte de Lugol fort, une réapparition de la tachycardie, qui était descendue à 100-110 après les premières 6 semaines de traitement avec réapparition du sommeil.

D'autre part, la médication trop faible en iode amenait des états de sécheresse et de lourdeur avec sensation d'épaississement de la peau des doigts et des paupières qui rendirent très difficile une équilibration constante de la thérapeutique iodée. Celle-ci fut établie finalement à 4 fois 1 goutte de Lugol fort et 2 fois 1 goutte de Lugol faible. Depuis 2 ans et 4 mois la malade se maintient dans un état très satisfaisant avec 80 à 96 de pulsations par minute, un

sommeil régulier, une absence de transpirations, tandis que le cou n'a pas changé de volume et l'exophtalmie, très minime, n'a pas varié non plus. Le poids est monté progressivement à 51 kg., les règles sont obsolument normales après avoir été longtemps tout à fait irrégulières.

La malade continue la même dose de médication.

6e cas. — K. E.

Jeune fille de 22 ans avec une exophtalmie très prononcée, un goître très volumineux surtout du côté droit, une tachycardie de 120 et des transpirations abondantes et un tremblement rendant presque impossible toute activité.

On institue le traitement iodé à raison de 4 fois 1 goutte de Lugol faible pour obtenir après 15 jours une chute du M. B. de M. B. + 47 à M. B. + 39, diminution d'exophtalmie et des tremblements, amélioration nette de l'état psychique.

Par la suite, la malade put se maintenir dans un excellent état avec des doses variant entre 6 fois 1 goutte de Lugol fort et 4 fois 3 gouttes de Lugol fort. Après 6 mois de traitement, elle avait un M. B. de + 16, une tachycardie de 80 à 92,, disparition presque complète des tremblements, légère diminution de son goître et diminution très nette de son exophtalmie.

Elle avait repris son activité de couturière. L'ayant revue après un an d'intervalle pendant lequel elle semble avoir assez sérieusement suivi son traitement, nous avons pu constater la persistance de l'amélioration en question et l'absence de toute aggravation par rapport au dernier examen clinique (M. B. + 18, tachycardie 84, poids en augmentation de 12 kg. sur le chiffre initial).

7e cas. — H. E. Y.

Jeune fille de 37 ans, ayant maigri très subitement avec un état d'instabilité psychique, d'inquiétude, d'angoisses et d'insomnie, apparu, dit-elle, après des chagrins intimes. M. B. + 36, poids 44 kg., tachycardie de 112, insomnie, fatigabilité extrême, goître diffus peu proéminent, légère exoptalmie, tremblements peu marqués.

Après 15 jours de traitement iodé à raison de 4 fois 1 goutte de Lugol faible, aucune amélioration, M. B. 42, perte de 3 kg. de poids, instabilité psychique avec phases d'excitation et d'agitation très marquées.

L'augmentation du traitement à 6 fois 2 gouttes de Lugol faible par transition progressive, n'amène encore toujours pas d'amélioration, et après 4 semaines de ce nouveau traitement, la malade présente un M. B. de + 40, une perte de poids nouvelle de 2 kg. 400, et un état d'agitation tellement marqué qu'il est impossible de la maintenir au traitement ambulant.

Hospitalisée et mise au repos absolu, elle se calme en l'espace d'une dizaine de jours présentant à ce moment, avec un traitement iodé de 4 fois 1 goutte de Lugol fort, un M. B. de + 34 et une augmentation de poids de 1 kg. 800. Par la suite, la malade fut maintenue au repos absolu pendant encore 8 semaines, la médication iodée étant progressivement augmentée jusqu'à la dose de 3 fois 1 goutte de Lugol fort et 4 fois 2 gouttes de Lugol faible; on constate alors un M. B. de + 26, une augmentation de poids de 3 kg. 600, une diminution notable de tous les symptômes organiques et psychiques.

Renvoyée sur sa demande, la malade présente à un nouvel examen, 4 semaines plus tard, une aggravation de l'ensemble de ces troubles: M. B. + 46, perte de poids de 1 kg. 100, réapparition de l'agitation et de tous les troubles

objectifs signalés dès le début. Elle avoue n'avoir fait son traitement que d'une façon très irrégulière.

4 semaines plus tard, après avoir pris 3 fois 2 gouttes de Lugol fort, la malade présente une légère amélioration avec un M. B. de +34, une augmentation de poids de 1 kg. 400, persistance de la plupart des troubles objectifs et psychiques à un degré toutefois supportable.

Nous avons perdu de vue la malade depuis cette époque (fille de brasserie), et nous n'avons pas su ce qu'elle est devenue par la suite.

8e cas. — R. O.

Jeune fille de 24 ans, avec une exophtalmie assez nette, un goître peu volumineux, des tremblements assez marqués, des sueurs nocturnes et une tachycardie de 112 à 120.

Après 15 jours d' un traitement par 6 fois 1 goutte de Lugol faible, on constate que le M. B. a baissé de +32 à +26, le poids a augmenté de 1 kg 400. La malade se sent mieux dans l'ensemble. On maintient la même médication pendant 4 semaines pour obtenir M. B. +21, augmentation de poids de 800 gr., diminution notable des troubles objectifs.

Après 4 semaines d'un traitement à 4 fois 2 gouttes de Lugol faible, la situation est à peu près inchangée (M. B. +19), pas d'augmentation de poids, tremblements un peu moins marqués.

Après 8 semaines d'un traitement par 3 fois 1 goutte de Lugol fort et 3 fois 1 goutte de Lugol faible, on constate M. B. +12, augmentation de poids de 4 kg. 300, excellent état général. La malade a repris ses occupations 15 jours auparavant et travaille sans aucune fatigue.

Par la suite, au cours d'une observation de 20 mois, la malade a essayé de modifier par moments son traitement en diminuant la prise d'iode; elle est restée à peu près au

même point et sans aggravation de ses symptômes en prenant dans les derniers mois 3 fois 5 gouttes de Lugol faible (M.B. + 14).

9e cas .— M. U.

Jeune fille de 28 ans (téléphoniste).

Agitation psychique assez marquée, légers tremblements, exophtalmie et goître peu pronocés, tachycardie de 100 à 120, M. B. +29, poids 48 kg.

Après 15 jours d'un traitement à 4 fois 1 goutte de Lugol faible, on constate une légère amélioration des troubles subjectifs avec un M. B. de +28, un poids de 45 kg. 300. On augmente la dose de l'iode pour donner pendant 4 semaines 4 fois 2 gouttes de Lugol faible; chute du M. B. à +22, augmentation de poids à 47 kg. 100, pas de modification des troubles fonctionnels.

Après 4 semaines d'un traitement par 4 fois 1 goutte de Lugol fort, on constate une chute du M. B. à +17, avec augmentation de poids à 49 kg. 300, diminution notable des troubles subjectifs.

La malade est restée à peu près constamment depuis cette époque, c'est-à-dire il y a environ 2 ans, à une médide Lugol fort, sans modification de son état. Actuellement, a un M. B. de +15, un poids qui oscille entre 50 et 48 kg.

10e cas. — M. O. C. K.

Jeune fille d'une trentaine d'années qui vient consulter pour des tremblements des mains qui l'empêchent complètement de travailler, légère agitation avec insomnie, transpirations abondantes, ni goître, ni tachycardie, œil légèrement brillant, M. B. + 32, poids 54 kg.

Après 4 semaines d'un traitement par 5 fois 1 goutte de Lugol faible, diminution notable des tremblements et

surtout des troubles d'agitation nerveuse avec chute du M. B. à + 25.

Après 4 semaines d'un traitement par 3 fois 4 gouttes de Lugol faible, on constate: M. B. + 22, poids 56 kg., disparition presque complète des tremblements. Reprise du travail professionnel. Depuis cette époque, la malade est restée dans le cours de 20 mois, à un traitement alternant de 3 fois 5 gouttes de Lugol faible à 3fois 3 gouttes de Lugol fort, par périodes de 4 semaines. Elle s'est trouvée très bien de ce traitement, n'a presque plus de tremblements, avec un M. B. de + 8 et une augmentation notable de poids à 62 kg.

11e cas. — R. I.

Femme d'une quarantaine d'année qui présente depuis quelques mois un amaigrissement progressif avec transpirations abondantes et un état d'agitation continuelle. Tachycardie de 100 à 110, exophtalmie et goître très peu marqués, tremblements très marqués, M. B. + 43, poids 52 kg.

Après 4 semaines d'un traitement à raison de 5 fois 2 gouttes de Lugol faible, amélioration très marquée, M. B. + 38, pas d'augmentation de poids.

Après 4 semaines d'un traitement par 3 fois 2 gouttes de Lugol fort, diminution notable de l'agitation et des tremblements, réapparition d'un certain calme psychique, diminution de la tachycardie de 92 à 100 par minute, augmentation de poids de 1 kg. 900.

Après 3 mois d'un traitement comportant des phases de 3 fois 3 gouttes de Lugol fort, 4 fois 2 gouttes de Lugol faible, 4 fois 1 goutte de Lugol fort alternativement la malade se trouve nettement améliorée, avec une augmentation de poids de 4 kg. 300, chute du M. B. à + 19, disparition presque complète des tremblements, mais persistance de la tachycardie.

Cette amélioration s'est maintenue et confirmée par la suite, et, actuellement, la malade, 8 mois après le dernier examen, présente un M. B. +12, un pouls de 80 à 92 par minute, un poids de 57 kg. Elle se sent très bien et ne se plaint d'aucun trouble subjectif.

12e cas. — G. A.

Femme d'une trentaine d'années présentant depuis quelques mois un amaigrissement progressif avec tremblements de plus en plus accentués, fatigabilité générale, sueurs, battements de cœur, poids 39 kg. (après avoir pesé un an auparavant 49 kg.), M. B. +40.

Après 8 jours d'un traitement à 4 fois une goutte de Lugol faible, on constate une amélioration très nette de la sensation de fatigabilité et une diminution des sueurs, M.B. +32, pas d'augmentation de poids.

Après 4 semaines d'un traitement à 6 fois 1 goutte de Lugol faible, persistance de l'amélioration, augmentation de poids très nette à 43 kg., chute progressive du M. B. à +34.

Après 4 semaines d'un traitement à 4 fois 2 gouttes de Lugol faible, on obtient un M. B. +21 avec une augmentation de poids de 2 kg. 200, amélioration notable de l'état général avec réduction de la tachycardie à 92 par minute, après un taux initial de 120 par minute.

La malade est restée depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 5 mois, au même traitement et s'est maintenue dans l'ensemble avec de légères variations, dans le même état (M. B. à +24; +18; +16; +19; poids oscillant entre 45 et 47 kg.).

13e cas. — Mlle L. G.

Jeune fille de 23 ans ayant présenté un amaigrissement progressif avec état d'agitation, à la suite d'un incident de

service dans son administration qui n'avait pu être éclairci à son avantage par le Conseil disciplinaire.

A l'examen, exophtalmie assez marquée, tremblements légers, goître parenchymateux diffus, tachycardie de 100 à 120, M.B. + 46.

Après 8 jours de repos absolu avec 4 gouttes de solution de Lugol faible par jour, on constate une légère diminution des tremblements et surtout de l'agitation intérieure, M. B. + 37.

Après 15 jours d'un traitement de 4 fois 2 gouttes de Lugol faible, on constate un début d'augmentation de poids de 2 kg., le pouls oscille entre 80 et 92. Par la suite, dans l'espace de 6 mois avec un traitement de 6 fois 1 goutte, 4 fois 2 gouttes de Lugol faible, puis 3 fois 1 goutte de Lugol fort, 4 fois 2 gouttes de Lugol fort, 3 fois 3 gouttes de Lugol fort, on obtient très lentement une amélioration du M. B., qui tombe progressivement à + 22, avec un gain de 1 kg. 400 de poids. Il n'a pas été possible d'obtenir une amélioration plus marquée, malgré les essais variés des applications iodiques dans les derniers mois, et cette jeune fille n'a pas pu reprendre son travail depuis plus d'un an de maladie.

14e cas. — Mlle J. M.

Jeune malade de 21 ans, qui présente une tachycardie extrême oscillant entre 140 et 160 avec une exophtalmie très marquée, un goître très marqué, un tremblement très marqué, M. B. + 36, poids 52 kg.

Après 15 jours d'un traitement par 4 fois 1 goutte de Lugol faible, persistance intégrale des même symptômes, M. B. + 40.

Après 4 semaines d'un traitement à 4 fois 3 gouttes de Lugol faible, légère diminution de la tachycardie à 120 environ avec persistance des tremblements et des autres symptômes, M. B. + 33, poids 53 kg.

Toutes les variations du traitement iodé (5 fois 3 gouttes de Lugol faible, 6 fois 1 goutte, 4 fois 2 gouttes, 3 fois 3 gouttes, 5 fois 3 gouttes, 5 fois 5 gouttes de Lugol fort n'ont pas pu amener de modification.

Après intervention chirurgicale en deux temps (ligature des artères et ablation 3 mois plus tard), diminution de l'exophtalmie et des tremblements avec persistance intégrale de la tachycardie.

Le traitement iodique ayant été continué à faible dose pendant toute la durée du traitement chirurgical (3 fois 1 goutte de Lugol fort), par la suite et depuis un an malgré les applications variées du traitement iodique allant jusqu'à 8 fois 3 gouttes de Lugol fort, nous n'avons obtenu qu'une très légère diminution de la tachycardie oscillant entre 92 et 112, avec augmentation notable du poids monté à 74 kg. persisance d'un état de fatigabilité et d'un M. B. oscillant entre +25 et +18, avec des variations presque constantes.

15e cas. — J. G.

Femme d'une trentaine d'années, présentant depuis la naissance de son second enfant, un état d'amaigrissement avec fatigabilité et battements de cœur, tachycardie de 112 à 128, tremblement assez marqué, exophtalmie légère, goître parenchymateux diffus, M. B. +38, poids 56 kg.

Après 15 jours d'un traitement à 4 fois 1 goutte de Lugol faible, amélioration très nette avec chute du M. B. à 24, augmentation de poids de 1 kg. 600, amélioration notable de l'état subjectif.

Après 4 semaines du même traitement, persistance de l'amélioration, M. B. +10, augmentation de poids de 1 kg. 900.

La malade se sent très bien depuis cette époque et prend d'une façon continue 3 fois 2 gouttes de Lugol faible. Au

dernier examen, M. B. +8, poids 61 kg., légère tachycardie de 92 par minute, pas de tremblements.

16e cas. — Mme H. R.

Femme d'une cinquantaine d'année présentant brusquement, quelques mois après l'apparition de sa ménopause, un amaigrissement et une sensation d'agitation intérieure très marquée. En même temps, l'œil précédemment mobile, mais d'un éclat normal, présente une légère exophtalmie avec larmoiement et regard très brillant.

Cette femme est à un traitement pour hypertension, probablement ménopausique, depuis plus de 2 ans (traitement uniquement par des extraits endoglandulaires, pas d'iode).

A l'examen, tachycardie de 120 par minute, exophtalmie légère, goître presque imperceptible, tremblements assez marqués, le poids est tombé de 7 kg. depuis la dernière pesée faite quelque temps avant l'apparition des troubles subjectifs, M. B. +43.

Après 15 jours d'un traitement iodé à 4 fois 1 goutte de Lugol faible, diminution nette des tremblements, apparaition d'un certain calme intérieur, diminution de la fatigabilié, gain de pods de 600 gr., baisse du M. B. à + 17.

Après 15 jours d'un traitement à 6 fois 1 goutte de Lugol faible, persistance de l'amélioration dans les mêmes conditions, chute nouvelle du M. B. à +31, augmentation de poids de 1 kg. 300, disparition de l'insomnie.

Après 4 semaines d'un traitement à 3 fois 1 goutte pendant 8 jours, 3 fois 2 gouttes pendant 3 semaines de Lugol fort, persistance de l'amélioration, diminution très nette du M. B. à +19, augmentation de poids de 1 kg. 700, disparition de la fatigabilité, persistance du tremblement et de l'exophtalmie, diminution de la tachycardie, qui, actuellement oscille entre 80 et 100 par minute.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 5 mois, la malade n'a pas montré beaucoup de progrès tout en essayant une absorption d'iode à des doses variées oscillant entre 5 fois 1 goutte de Lugol fort à 4 fois 4 gouttes de Lugol fort.

CONCLUSIONS

Quand on envisage l'ensemble des cas de Basedow traités par l'iode, on peut faire les constatations suivantes:

Arrivé à un examen médical sans traitement préalable, le malade présente en moyenne un M. B. qui oscille autour du chiffre de + 40.

Le traitement iodé en application progressivement croissante amène en général au début plus vite, après plus lentement, une sédation très marquée des troubles subjectifs et une régression lente des troubles objectifs.

Un renforcement de la dose d'iode de 3 à 12 fois le taux initial peut amener une accélération de l'amélioration, quelquefois même un rétablissement presque complet de l'état normal. Celui-ci n'est cependant jamais complètement obtenu, il reste toujours un léger tremblement, une tachycardie plus ou moins accusée, une exophtalmie peu modifiée, un goître parenchymateux presque inchangé dans son volume.

On a l'impression du point de vue clinique, que le Basedow ne demande qu'à reprendre immédiatement à la faveur d'un arrêt de traitement. En cas de prudence suffisante du malade toujours difficile à obtenir dans des traitements ambulants et de longue haleine, et surtout chez les malades dont le psychisme est parfois assez bizarre, on peut dire que l'amélioration obtenue se maintient jusqu'à un certain niveau limité qui varie suivant les malades. Ce niveau n'est que ra-

rement celui de la normale. Cependant, presque toujours les symptômes subjectifs sont réduits au minimum ou presque supprimés, même en cas de persistance de symptômes objectifs assez nets.

Nous verrons par la suite ce que l'on peut penser de l'association d'autres traitements au traitement iodé.

DEUXIEME GROUPE
MALADES TRAITES A LA DIIODOTYROSINE

1er cas. — J. P.

Jeune fille d'une vingtaine d'année présentant depuis quelque temps, un amaigrissement progressif avec sensation de fièvre et de fatigabilité.

A l'examen, tachycardie de 112 à 120, léger goître parenchymateux, tremblements assez marqués, sueurs fréquentes, mauvais sommeil, exophtalmie peu marquée.

Après 15 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 05 de diiodotyrosine légère amélioration des symptômes subjectifs avec régression du M. B. de + 37 à + 32 et augmentation du poids de 700 gr.

Après 15 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 10 de diiodotyrosine, disparition presque complète des troubles subjectifs avec persistance d'une tachycardie de 92 à 100, de l'exophtalmie et du goître, diminution notable des tremblements, amélioration du sommeil, M. B. à + 28, augmentation de poids de 150 gr. (?)

Après 15 jours d'un traitement à 4 fois 0 gr. 10 de diiodotyrosine, amélioration continue avec chute du M. B. à + 22, persistance d'un tremblement léger, d'une tachycardie oscillant entre 92 et 100, du goître et de l'exophtalmie, diminution notable de la fatigabilité et des autres symptômes subjectifs, augmentation de poids de 600 gr.

Après 15 jours d'un traitement à 5 fois 0 gr. 05, augmentation du M. B. à + 29, chute du poids de 800 gr., réap-

parition de presque tous les symptômes subjectifs, augmentation de la tachycardie à 120, réapparition de la transpiration et accentuation du tremblement.

Après 15 jours d'un traitement à 8 fois 0 gr. 05, régression des symptômes avec une diminution du tremblement, de la tachycardie à 80 par minute, des symptômes subjectifs, persistance du goître et de l'exophtalmie; le poids est monté de 900 gr., le M. B. s'établit à + 27.

Après 15 jours du même traitement, persistance de l'amélioration des troubles subjectifs, diminution notable des tremblements, même fréquence du pouls, augmentation de poids de 600 gr., M. B. à + 23.

Après 4 semaines d'un traitement consistant en 4 fois 0 gr.10 et 2 fois 0 gr.05, on constate un état de malaise constant de la malade avec anorexie, bourdonnements des oreilles, même état objectif qu'au dernier examen, M. B. à + 21, augmentation de poids de 1 kg. 200.

La malade se refuse de continuer la médication et accepte avec beaucoup de difficultés de prendre 4 fois 0 gr. 10 par jour. Avec ce traitement on obtient après 4 semaines, une persistance de l'amélioration des troubles subjectifs et une chute du M. B. à + 17. Le poids augmente progressivement de 1 kg. 700.

Depuis, la malade est restée d'une façon presque constante à la même médication et son état est resté inchangé, le M. B. ayant une légère tendance à augmenter au-dessus du dernier chiffre constaté (M. B. + 18, + 21, + 24, + 19).

2e cas. — Mme M. B.

Femme de 46 ans. Se plaint de tremblements et de céphalée et surtout d'un larmoiement qui est particulièrement fort et gênant quand elle est à l'air, surtout dans le froid. Mère de 4 enfants, elle a vu se développer un goître chez

elle 7 ans auparavant au moment de son dernier accouchement. La tumeur thyroïdienne a légèrement augmenté dans les dernières années; elle a beaucoup maigri et se sent très fatiguée.

A l'examen, tachycardie de 125 par minute, tremblements très marqués, légère exophtalmie larmoiement abondant et continu, goître parenchymateux diffus M. B. + 37.

Après 8 jours de D. à raison 3 fois 0 gr. 05, on constate une diminution du tremblement avec un M. B. de + 34, pas de modification du poids, persistance du larmoiement.

Après 3 semaines de traitement avec 2 fois 0 gr. 10, 1 fois 0 gr. 05 de D., on constate une chute du M. B. à + 22 avec augmentation de poids de 3kg., diminution notable du larmoiement, disparition presque complète des troubles subjectifs.

Après 3 semaines d'un traitement de 3 fois 0 gr. 10, le résultat obtenu est à peu près le même, c'est-à-dire M. B. + 24, diminution très marqué du tremblement, disparition des troubles subjectifs, pas de variation notable du poids. On revient à la dose de 2 fois 0 gr. 10, 1 fois 0 gr. 20 de D. sans obtenir de modification notable; après 4 semaines de ce traitement, M. B. + 19, augmentation de poids de 600 gr., peu de tremblements, peu de larmoiement. On donne alors pendant 4 semaines4 fois 2 gouttes de Lugol fort, pour obtenir une chute du M. B. à + 16, avec augmentation de poids de 1 kg. 400 et excellent état général avec absence de troubles oculaires après 3 semaines. Puis on reprend la D. à raison de 5 fois 0 gr. 05. 4 semaines plus tard, M. B. à + 18, très bon état général, absence de larmoiement et de tremblements. Depuis cette époque, la malade a été presque toujours au même traitement, pour s'en trouver très bien.

3e cas. — Mme L. B.

Femme de 44 ans, présentant une anémie très prononcée, avec fatigue et amaigrissement.

A l'examen, goître très volumineux, exophtalmie très marquée, tremblements maigreur générale, tachycardie de 120 à 140, globules rouges 2.840.000, hémoglobine 48 %, M. B. + 50, poids 41 kg. 400.

Cette malade est mise au repos absolu pendant une huitaine de jours avec une médication très prudente de 5 fois 0 gr. 05 de D. En même temps médication au fer et à l'arsenic. On constate la persistance des mêmes troubles avec M. B. de + 46, 60 % d'hémoglobine, 3.280.000 globules rouges, mêmes troubles subjectifs.

On augmente la dose de D à 3 fois 0 gr. 10 et on ajoute au traitement l'ingestion de 2 fois par jour 10 cm^3 de sérum de cheval. Après 10 jours, M. B. + 39, augmentation de poids de 200 gr., amélioration nette des troubles subjectifs, persistance de l'exophtalmie, du goître, légère diminution du tremblement et de la tachycardie à 100 par minute.

On augmente la dose à 5 fois 0 gr. 10 de D, pour obtenir après 3 semaines un M. B. à + 32, augmentation de poids de 900 gr., diminution du tremblement et de la tachycardie qui oscille entre 80 et 100, persistance des autres symptômes, augmentation de poids de 600 gr.

Après 4 semaines d'un traitement composé de 2 doses de 0 gr. 10 et 3 doses de 0 gr. 05 de D., on constate une chute du M. B. à + 24 avec augmentation de poids de 1 kg. 100 gr., diminution très notable des troubles subjectifs, persistance du tremblement et de la tachycardie.

Après 6 semaines d'un traitement composé de 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05 de D., on constate un M. B. à + 21, amélioration nette du tremblement, persistance de la tachycardie et des autres symptômes.

La malade a repris son activité et se sent à son aise. Le sang est resté à peu près à un taux normal.

Après 3 semaines de médication par le sérum de cheval renforcé ensuite par une reprise du traitement arsenical et ferrique, à l'examen, on trouve hémoglobine 76 %, globu-

les rouges 4.240.000, globules blancs 5.800: l'image sanguine normale. Une prolongation du traitement pendant 4 mois à raison de la même dose de D., interrompu ensuite par une reprise du Lugol à raison de 2 fois 2 gouttes, 3 fois 1 goutte de Lugol fort (8 jours, puis 3 semaines), suivi ensuite à nouveau de D à raison de 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10, puis 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05 (3 mois) n'amène pas de modification notable dans l'état de la malade, ni du point de vue subjectif, ni du point de vue objectif. Dans l'espace de 8 mois d'une observation assez régulière, on a obtenu un M. B. de M. B. +22, +17, +19, +21, +15. (Pendant la prise de Lugol M. B.: +22, +20, +19).

La malade est restée depuis dans le même état et continue à prendre de la D.

4e cas. — Mme J. H.

Femme de 31 ans présentant un état de fatigue avec amaigrissement et tremblement, un goître nodulaire et une tachycardie de 120, M. B. +52, poids 54 kg.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05 de D, amélioration nette des troubles subjectifs, M. B. +38, diminution nette des tremblements, tachycardie entre 80 et 100, bon état général.

Après 4 semaines d'un traitement par 4 fois 0 gr. 10, même état subjectif, cependant chute progressive du M. B. à +24 (+31, +29, +28, +32, +24) avec persistance du goître et de l'exophtalmie diminution notable des tremblements, pouls à 92, bon état général.

La malade prit par la suite 2 fois 0 gr. 10 de D., sans aggravation de ses troubles. Elle est restée depuis 7 mois 1/2 au même traitement, présentant un M. B. +20 à 22, un bon état général, peu de troubles subjectifs.

5e cas. — Mlle M. E.

Enfant de 12 ans non réglée qui vient pour des céphalées, nervosité et palpitations cardiaques, pouls à 120, M. B. +35, tremblements peu marqués, légère exophtalmie, goître parenchymateux nodulaire assez prononcé.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr, 05 de D., aucune amélioration. On donne ensuite 3 fois 0 gr. 10, et constate après 3 semaines, diminution du M. B. à +25, avec amélioration très nette des troubles subjectifs; avec 2 fois 0 gr. 10 de D, on obtient en 3 semaines une diminution nouvelle du M. B. à + 19 sans changement notable des signes objectifs, tachycardie à 92, bon état général, ne se plaint plus.

L'enfant est restée encore pendant 3 mois en notre observation, prenant apparemment assez régulièrement ses doses de D. Nous l'avons perdue de vue par la suite.

6e cas. — Mme L. D.

Femme de 45 ans, très nerveuse, avec un M. B. +40. Se plaint de tachycardie, présente un corps thyroïde un peu augmenté de volume, 108 pulsations par minute et assez bon état général, des tremblements et un goître peu marqué.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 de D., on constate une diminution du M. B. à +34 et une sédation notable des troubles subjectifs, notamment de la tachycardie.

Après 4 semaines d'un traitement par 4 fois 0 gr. 10, amélioration très notable avec disparition de tous les symptômes subjectifs, diminution de la tachycardie à 92, disparition presque complète des tremblements, M. B. à + 19.

La malade est restée queque temps encore en observation, et bien que nous sachions qu'elle a pris d'une façon assez irrégulière son médicament, nous avons pu constater

que le M. B. est resté bas, oscillant entre + 24 et + 18, avec bon état général d,isparition des tremblements et de la tachycardie.

7e cas. — M. J.

Femme âgée de 36 ans, avec une tachycardie de 120, un état de nervosité assez marqué ,tremblements, exophtalmie légère, augmentation de volume du corps thyroïde assez notable, M. B. à + 38.

Cette femme avait été soignée par nous antérieurement, par du Lugol avec un excellent résultat. Elle revient après un an d'intervalle avec des troubles beaucoup moins marqués qu'au début, mais cependant, avec une tachycardie et une sensation de faiblesse qui l'effraient, d'autant plus qu'ils sont survenus assez brusquement au cours d'un voyage en compagnie de ses patrons (femme de chambre).

Après 8 jours d'un traitement par 2 fois 0 gr. 05, 1 fois 0 gr. 10 de D., diminution du M. B. à + 30 avec amélioration nette des troubles subjectifs, diminution du tremblement notamment.

On donne alors 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10 de D., pour obtenir après 4 semaines un M. B. de + 22, sans tachycardie notable et avec un excellent état général, bien que la malade ait repris son travail.

La malade est restée pendant plus d'un an assez fidèlement en observation, prenant tantôt 2 fois 0 gr. 05, 1 fois 0 gr. 10, tantôt 2 fois 0 gr. 10, 1 fois 0 gr. 05 de D., par périodes alternantes de 3 semaines. Pas de modification notable des résultats obtenus auparavant.

8e cas. — Mme E. S.

39 ans. Vient se plaindre d'une sensation de douleurs et de pesanteur précordiales avec battements de cœur qui la

tourmentent surtout la nuit. Assez bon état général, mais fatigabilité très marquée, exophtalmie très nette, sueurs nocturnes, goître parenchymateux diffus, M. B. à +35.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05 de D, on constate une chute du M. B. à +32.

Après 15 jours d'un traitement par la D. à raison de 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10, on constate une persistance de l'amélioration avec diminution très notable des tremblements, absence presque complète de douleurs précordiales, persistance d'une fatigabilité générale, pouls à 80 par minute.

Après 4 semaines d'un traitement identique, on constate une modification minime du M. B. à +25 avec diminution très nette des troubles subjectifs, du tremblement et de la tachycardie tombée à 92.

Par la suite, on laissa la malade au même traitement, mais nous n'avons pu l'observer qu'une fois, environ 2 mois après nous avoir quittés, et nous ne pouvons pas savoir si l'amélioration progressive constatée pendant son traitement a persisté par la suite.

9e cas. — Mme C. R.

Femme de 33 ans qui vient consulter pour de l'insomnie, des battements de cœur et un état d'angoisse constante. Cet état depuis quelques années a augmenté très notablement, dans les derniers temps il s'accompagnait d'une tachycardie de 140 à 160 par minute. La malade, avec goître depuis l'âge de 14 ans, présente peu de tremblements, M. B. à +32.

On lui donne 3 fois 0 gr. 05 de D. pendant 15 jours pour constater ensuite une amélioration nette du M. B. descendu à +22, bon état général, diminution très notable des troubles fonctionnels avec reprise du sommeil et reprise par la malade qui « travaille avec plus de patience » dans ses occupations ménagères.

Après 3 semaines d'un traitement par 1 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10 de D., accentuation de l'amélioration avec disparition presque complète de l'insomnie, chute de la tachycardie à 100 par minute, bon état général.

Après 4 semaines du même traitement. M. B. + 14, très bon état général, persistance du goître et d'une légère nervosité, mais disparition complète des phénomènes d'angoisse, pouls à 80 à 90 par minute.

10e cas. — Mme B. M.

Femme de 49 ans. Vient se plaindre pour un état de fatigue avec tachycardie très prononcée, tremblements, très légère exophtalmie et augmentation de volume du corps thyroïde, M. B. + 50.

La malade reçoit 3 fois 0 gr. 05 de D. pendant 10 jours, elle montre ensuite un M. B. de + 40 avec amélioration nette d'un état général, diminution notable des troubles subjectifs, persistance de l'incapacité de travail en raison des tremblements des mains.

Après 4 semaines d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10, on constate une chute du M. B. à + 25 avec amélioration nette des troubles subjectifs, disparition presque complète du tremblement et e la nervosité, et de l'état d'agitation intérieure.

Revue après 3 mois d'intervalle, dans lequel elle prétend avoir pris régulièrement son médicament, cette femme présente une tachycardie de + 100 avec léger gain de poids vis-à-vis du début (850 gr.), diminution de la tachycardie à 76, bon état général.

Restée à ce traitement pendant 3 mois, la malade montre ensuite brusquement, à la suite de causes difficiles à établir, une rechute avec augmentation du M. B. à + 64, état d'agitation très marquée avec nervosité et tachycardie, tremblements également très marqués.

La médication de 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10 de D. n'est pas très biensupportée,la malade se plaint de pesanteur gastrique, somnolence, sensations d'étouffement. On réduit la dose à 4 fois 0 gr. 05, pour obtenir très rapidement dans l'espace de 10 jours, une chute du M. B. qui tombe de + 59, dernier chiffre, à + 47; par la suite, avec le même traitement, la malade arrive à vaquer à toutes ses occupations et a repris son activité de vendeuse. Elle continue à prendre régulièrement le médicament dans les doses indiquées, le M. B. est descendu progressivement jusqu'à + 28 à + 22. Il ne s'est pas modifié depuis.

11e cas. — Mme M. S.

Femme de 32 ans, venue consulter pour des battements de cœur et un amaigrissement très notable.

A l'examen, tachycardie de 108 par minute, poids 39 kg. (les troubles du type thyroïdien sont apparus après une corticopleurite d'apparence bacillaire), goître parenchymateux diffus assez petit, exophtalmie peu marquée.

Après 10 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05, on constate une diminution de la tachycardie à 96 et une chute du M. B. à + 31.

La malade se sent beaucoup mieux et se plaint beaucoup moins qu'auparavant. Le poids n'a pas varié (augmentation de 200 gr.).

Après 3 semaines d'un traitement à 3 fois 0 gr.05, 1 fois 0 gr. 10 de D., amélioration nette avec chute du M. B. à + 17, augmentation de poids de 2 kg. 700, bon état général, disparition de presque tous les troubles subjectifs.

La malade est restée à la même dose de D. pendant environ 3 mois, avec une persistance du M. B. oscillant entre + 15 et + 21, d'un bon état général et d'une tachycardie minime (80). Elle a diminué sa médication à 3 fois 0 gr. 05, puis 2 fois 0 gr. 05 de D. sans aucune gêne et modification de

son état général. Elle est restée par la suite encroe pendant plus de 6 mois en observation, prenant toujours la même quantité de D. sans aggravation de ses symptômes thyroïdiens.

12e cas. — Mme C. R.

Femme de 47 ans se plaignant de douleurs précordiales avec céphalée et vertiges. Elle est atteinte d'un goître plongeant qui dure depuis 15 ans et provoque assez souvent des crises de tachycardie, avec tremblement, sans exophtalmie. Elle a subi 10 ans auparavant, un traitement assez prolongé par des extraits d'ovaires sans aucun résultat, M. B. à + 43.

Après 10 jours d'une médication par 3 fois 0 gr. 10 de D., on constate une chute du M. B. à + 32, avec amélioration de l'état général et diminution notable des troubles subjectifs, la tachycardie est descendue de 120 à 84.

Après 4 semaines d'un traitement par 2 fois 0 gr. 10, 1 fois 0 gr. 05 de D., chute du M. B. à + 28 avec augmentation nette du poids (1 kg.200),amélioration des troubles subjectifs et diminution des signes objectifs.

Après 4 semaines d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10, chute du M. B. à + 21, puis 4 semaines plus tard à + 18. La malade est restée au même traitement pendant 4 mois. Elle est revenue ensuite progressivement dans l'espace de 4 mois, à la dose de 2 fois 0 gr. 10, puis 3 fois 0 gr. 05, puis 2 fois 0 gr. 05 de D., sans modification notable ni du M. B., ni de l'état général. Depuis ectte époque, elle continue toujours le même traitement et se sent très bien.

13e cas. — Mme M .Sch.

Femme de 45 ans, atteinte d'un goître exophtalmique depuis l'âge de 35 ans; opérée 2 ans auparavant dans une clinique, à Paris, avait montré par la suite une diminution de

son goître et de l'exophtalmie. Dans les derniers 3 mois, reprise assez rapide des symptômes, notamment d'un goître assez volumineux avec tremblements très marqués des mains, tachycardie de 120 à 130 à la minute, exophtalmie très marquée. La malade a une sensation d'agitation continuelle, mange beaucoup, présente des diarrhées et des troubles gastriques consistant en crampes avec accès de vomissements. Elle a beaucoup maigri et se sent très fatiguée et faible, M. B. à +80 (chiffres trouvés à trois jours différents: +80, +100, +84).

Après 10 jours de D. à raison de 3 fois 0 gr. 05, chute du M. B. à + 68. Aucune amélioration des troubles subjectifs, aucune modification de la diarrhée.

Après 10 jours d'un traitement par 2 fois 0 gr. 05, 3 fois 0 gr. 10 de D., chute du M. B. à +60, amélioration nette de l'état général, diminution des tremblements, de la tachycardie et de la diarrhée.

Après 15 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 05, 3 fois 0 gr. 10, la malade ressent des pesanteurs gastriques, un état de lassitude très différent de la fatigue antérieure et une diminution notable de son agitation intérieure. Les diarrhées ont presque disparu, le tremblement est encore assez marqué, la tachycardie reste aux environs de 100, appétit toujours très marqué toujours grande nervosité de la malade, M. B. +44.

On revient à la dose de 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10, et après 15 jours de ce traitement, on constate une chute du M. B. à +28 avec disparition des diarrhées, diminution du tremblement, tachycardie aux environs de 90, sédation notable de l'état nerveux, diminution de la fatigabilité.

Après 3 semaines de ce traitement, la malade a stabilisé son M. B. aux environs de +25 sans qu'on soit arrivé à l'abaisser, ni par une augmentation des doses de D., ni par l'institution d'un traitement intermédiaire à l'iode (6 fois 1 goutte, puis 2 gouttes, puis 3 gouttes de Lugol fort).

Au courant de 3 semaines, et dans l'espace des 7 mois suivants, elle est descendue à un traitement de 3 fois 0 gr. 10 de D., avec lequel elle arrive à se maintenir à un M. B. stabilisé autour de +25, avec un pouls de 80 à 90, un tremblement léger et un assez bon état général. Plus de diarrhée, très peu de nervosité par rapport aux symptômes initiaux.

14e cas. — Mme D. K.

Malade qui se plaint de pesanteurs dans l'épigastre. Femme de 40 ans assez nerveuse, présentant une exophtalmie légère avec tremblement léger des mains et petit goître mou au niveau du cou à gauche, M. B. à +30.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 de D., disparition complète du tremblement, M. B. +11. La malade ne se plaint plus de nervosité, elle est restée pendant quelque temps à cette dose, puis aux dires du médecin qui nous avait consulté à son sujet, elle a abandonné se sentant complètement rétablie.

15e cas. — Mme H. B.

Femme de 24 ans se plaignant de fatigue et amaigrissement et présentant une tachycardie de 120 avec un léger tremblement, un léger goître et une légère exophtalmie. M. B. +40.

Après 10 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 05, aucune amélioration, M. B. +42.

Après 15 jours d'un traitement à 2 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10, aucune amélioration. M. B. +45. La malade se sent de plus en plus fatiguée.

Après 15 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05, M. B. +38, persistance des tremblements, de la tachycardie aux environs de 120 et de la fatigabilité, appari-

tion d'un état d'anxiété nerveuse qui s'accentue de plus en plus.

On abandonne le traitement de la D. pour le remplacer par le traitement iodé: (3 fois 2 gouttes de Lugol faible, 3 fois 5 gouttes de Lugol faible, 5 fois 1 goutte de Lugol fort, 4 fois 3 gouttes de Lugol fort), sans aucune modification ni de l'état général , ni des troubles subjectifs de la malade. Avec 6 fois 3 gouttes de Lugol fort, la malade semble accuser une amélioration de ses symptômes subjectifs, sans modification du M. B. (= + 39), ni des symptômes objectifs. Nous proposons un traitement chirurgical en 2 temps.

16e cas. — Mme G. G.

Jeune femme de 24 ans présentant un goître qui est apparu 9 mois auparavant et a amené un amaigrissement de 7 kg. Cette femme atteinte d'une hypertrophie assez prononcée de son corps thyroïde avec une exophtalmie notable, présente une tachycardie de 130 p. m. avec tremblement des mains, état d'excitation et d'irritabilité, insomnie complète, M. B. +48. De plus, elle est enceinte depuis 6 mois et les spécialistes sont indécis sur l'attitude à tenir dans son cas.

Après 8 jours d'un traitement de 3 fois 0 gr. 05 de D., on constate une chute du M. B. à +36, avec amélioration nette des troubles subjectifs, diminution de la tachycardie à 100 à 110, diminution des tremblements.

Après 15 jours d'un traitement à 3 fois 0 gr. 10, on constate une progression de l'amélioration avec chute du M. B. avec +30, diminution de la tachycardie de 90 à 100, amélioration notable de l'état général, réapparition de l'appétit et gain de poids de 3 kg. 100.

Le même traitement est continué pendant 2 mois avec un résultat très bon. La malade arrive à l'accouchement avec un M. B. de +17, une tachycardie de 90 et un bon état général, persistance toutefois et du goître et de l'exophtalmie.

L'accouchement s'est passé normalement sans aucune difficulté. L'enfant de 3 kg. 100, bien portant, ne présente aucune modification de son corps thyroïde. Suites de couches normales, la malade ayant pendant toute cette période de l'accouchement pris 3 fois 0 gr. 10 et 1 fois 0 gr. 05 par jour de D.

Une légère aggravation des troubles entre le 10e et le 20e jour après l'accouchement, nous a amenés à augmenter la dose à 3 fois 0 gr. 10 et 2 fois 0 gr. 05, de D., pour descendre ensuite de nouveau à la dose d'entretien que la malade a maintenu depuis, dit-elle, plus d'un an.

DEUXIÈME GROUPE - CHAPITRE II.
MALADES TRAITES A LA DIBROMOTYROSINE

1er cas. — A. G.

Couturière âgée de 36 ans, qui vient consulter pour un tremblement des mains qui l'empêche de travailler et qui s'accompagne de fatigue et de palpitations.

A l'examen, on constate un léger goître, surtout à gauche, qui s'est développé dans les derniers 18 mois avec une légère exophtalmie, un tremblement très marqué des mains, une tachycardie de 112 à 120, le M. B. est de + 60, le poids est de 49 kg.

On donne à cette malade 3 fois par jour 0 gr. 10 de Dibromotyrosine, pour constater après 8 jours de traitement une diminution du M. B. à + 54, sans modification notable des troubles objectifs, mais avec une régression très marquée de l'agitation et de la nervosité dont se plaignait la malade antérieurement.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05, et 2 fois 0 gr. 10 de Db., on constate une diminution du M. B. à + 41, avec diminution notable des tremblements, régression du pouls à 90 à 100 p. m. sédation notable des troubles subjectifs. Le même traitement est continué pendant un mois, pour aboutir à l'état suivant: M. B. + 28, très bon état général, augmentation de poids pour la première fois très notable de 3 kg. 600 diminution très marquée du tremblement, pouls entre 80 et 100.

La malade reprend son travail, et pendant 3 mois elle reste à une dose de 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05 de Db. Malgré cela, le M. B. vérifié à différentes reprises ne s'est jamais abaissé au-dessous de + 22. Cependant, les troubles subjectifs et objectifs étaient tellement réduits qu'elle a pu reprendre son activité et travailler depuis, à peu près comme avant sa maladie.

2e cas. — Mlle Sch.

Jeune fille de 17 ans qui se plaint de l'apparition d'un goître depuis 2 mois, avec irrégularité des règles, sensation de palpitations et amaigrissement.

A l'examen, on constate un corps thyroïde légèrement agrandi, sans exophtalmie notable, un pouls très accéléré à environ 140 et presque continuellement arythmique, le poids est de 34 kg., M. B. + 40.

Après 8 ours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 de Db., on constate une régression du pouls à 110 à 120 p. m. avec augmentation de poids de 600 gr. et légère diminution du M. B. = + 36.

On donne alors pendant 4 semaines 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05 de Db pour obtenir une régression du M. B. à + 32 avec une augmentation de poids de 600 gr. sans modification notable des troubles subjectifs. On intercale alors une période de Lugol (3 fois 3 gouttes de Lugol faible pendant 8 jours, puis 5 fois 1 goutte de Lugol fort pendant 15 jours), pour obtenir une régression du M. B. à + 20 avec augmentation de poids de 1 kg. 800 en 3 semaines et diminution très marquée des troubles subjectifs. On reprend la Db. à la dose de 3 fois 0 gr. 05, 2 fois 0 gr. 10 sans constater une amélioration à la suite d'un traitement d'une dizaine de jours.

Après 15 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 05 et 3 fois 0 gr. 10 de Db. on constate un M. B. de + 29, avec une

chute de poids de 750 gr. et une réapparition du tremblement et de la tachycardie. On donne alors à la malade pendant 3 semaines, 3 fois 0 gr. 10 et 2 fois 0 gr. 05 de Diiodotyrosine pour obtenir un M. B. de +21, une diminution très marquée de ses malaises, un pouls à 100 et une augmentation de poids de 400 gr.

Une nouvelle période de 3 semaines durant laquelle la malade reçoit la Dibromotyrosine à raison de 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05, montre une légère progression du M. B. à +26, sans accentuation notable des troubles subjectifs, mais sans régression du poids.

La malade a continué par la suite un traitement au Lugol7 (4 fois 2 gouttes de Lugol fort en 3 mois), qui a amené son M. B. à +12, avec disparition presque complète de tous les troubles subjectifs ainsi que de la tachycardie et des tremblements.

3e cas. — Mlle E. B.

Jeune femme de 35 ans qui se plaint de douleurs dans le dos s'irridiant le long de la colonne vertébrale, et d'une sensation de constriction du cou. Elle est très nerveuse, souffre fréquemment de maux de tête, transpire beaucoup et présente un tremblement marqué des extrémités, tachycardie de 120, M. B. +33.

La malade reçoit pendant 15 jours 3 fois 0 gr. 10 de Db., pour aboutir à un M. B. de +28, sans modification notable des troubles objectifs, mais avec une atténuation très nette de ses troubles subjectifs, pas de variation appréciable du poids.

Après 3 semaines d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10, 2 fois 0 gr. 05 de Db., on constate un M. B. de +24 avec un assez bon état général, une augmentation de poids de 400 gr., mais une persistance du tremblement et de la tachycardie qui est tombée de 120 à 80. Après 2 mois de ce

même traitement, on ne constate pas de nouvelle modification du M. B., qui a oscillé entre + 24 et + 28, un poids resté à peu près stationnaire (augmentation de 300 gr.). La malade se sent très bien malgré cela et refuse de prendre à nouveau des médicaments.

Revue 6 mois plus tard. Sans aucune médication, elle avait un M. B. de + 30, avec un tremblement assez marqué, une tachycardie de 108. Elle travaillait cependant. Cédant à l'insistance du médecin, elle a accepté de prendre 4 fois 0 gr. 10 de Db. et 3 mois plus tard — sans qu'on ait la certitude d'une médication régulière — elle avait un M. B. de + 26, avec un bon état général, un tremblement peu marqué et une tachycardie de 90.

Nous ne l'avons plus revue depuis.

4e cas. — Mme M. Schw.

Jeune femme de 23 ans, qui présente des palpitations et vertiges avec une fatigabilité extrême. Elle a maigri de 7 kg. dans l'espace de 3 mois, et elle n'est plus capable de travailler.

A l'examen, tachycardie de 100 à 120, tremblement assez marqué, légère exophtalmie, goître assez dur, M. B. + 50, poids 41 kg. 3 fois 0 gr. 10 de Db pendant 10 jours donnent une légère amélioration des troubles subjectifs, disparition des vertiges, persistance des palpitations, sans modification notable des troubles objectifs, avec un M. B. de + 48 et sans augmentation de poids.

Après 3 semaines d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 et 3 fois 0 gr. 05 de Dibromotyrosine, on constate une chute du M. B. à + 41, avec augmentation de poids de 400 gr., assez bon état général du point de vue subjectif, mais persistance des troubles objectifs. On donne à la malade la même dose de Diiodotyrosine, c'est-à-dire 3 fois 0 gr. 10 et 3 fois 0 gr. 05, pour obtenir après 3 semaines une augmentation de poids de

2 kg. 400 avec chute du M. B. à + 27, régression notable des troubles objectifs (tachycardie de 80 à 100, tremblement peu accusé) et persistance d'un bon état général du point de vue subjectif.

La malade se refuse à revenir à une médication de Dibromotyrosine et s'est maintenue après dans le même état avec régression du M. B. à + 19 en 3 mois avec une dose progressivement réduite à 2 fois 0 gr. 10 de Diiodotyrosine.

5e cas. — Mme C. M.

Femme de 35 ans qui vient consulter parce qu'elle a beaucoup maigri — de 15 kg. en 18 mois dit-elle. — Elle aurait perdu ses forces, mais ne se plaint sans cela ni de manque d'appétit, ni d'aucune sensation subjective quelconque. Elle a été opérée d'un goître à l'âge de 22 ans.

A l'examen pouls arythmique battant à 140 à 168 par minute, tremblement très marqué des extrémités, goître dur de la grosseur d'un œuf de poule, nettement fixé sur les plans profonds et se trouvant au niveau d'une cicatrice opératoire en collier à la base du cou. Pas d'exophtalmie, M. B. + 70, poids 44 kg.)

La malade présente après 10 jours d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 de Dibromotyrosine, un M. B. de + 54 avec diminution de la tachycardie à 132 pulsations p. m., persistance des tremblements, et goître sans modification. Pas d'augmentation du poids.

Après 3 semaines d'un traitement par 3 fois 0 gr. 10 et 3 fois 0 gr. 05 de Db, on constate un M.B. de + 46 avec une augmentation de poids de 400 gr., une tachycardie de 110 à 120, un tremblement qui reste accusé. La malade croit se sentir un peu plus forte et on intercale une période de 3 semaines avec du Lugol à doses progressives (8 jours 3 fois 2 gouttes de Lugol faible, 8 jours 5 fois 2 gouttes de Lugol faible, 8 jours 3 fois 2 gouttes de Lugol fort) pour constater

un M. B. de + 30, une augmentation de poids de 1 kg. 300, un pouls de 100 p.m. et la persistance d'un léger tremblement. La médication de Db. reprise à la dernière dose pendant 2 mois, permet d'obtenir un M. B. à + 24, avec un pouls de 80 à 100m. et une augmentation de poids de 1 kg). 3 mois plus tard, la malade ayant pris régulièrement 4 fois. 0 gr. 10 de Db. présente un M. B. de + 26, avec un bon état général et sans modification notable de ses troubles subjectifs ou objectifs.

CONCLUSIONS

Les observations précédentes que nous possédons, prouvent, dans la Diiodotyrosine une substance d'une activité incontestable dans la maladie de Basedow.

(Nous avons utilisé des préparations de plusieurs usines pharmaceutiques qui ont une efficacité à peu près égale).

Cette action varie dans son intensité suivant la gravité de la maladie chez le même malade et d'autre part elle offre des variations d'action entre différents malades dont nous n'avons pas pu élucider complètement la vraie nature. Il semble bien qu'il s'agit là d'une sensibilité individuelle de certains malades vis-à-vis de la Diiodotyrosine.

Quant à la dose active, elle varie comme pour le traitement au Lugol du simple au quintuple dans les mêmes cas.

La Diiodotyrosine, nous fournit pour la maladie de Basedow une arme utile, très maniable, à activité un peu lente mais facilement dosable et progressive dans son action.

De plus, elle paraît ne présenter que des risques minimes de nocivité et les syndromes d'intoxication par la Diiodotyrosine n'offrent aucune gravité. (Sensation de malaise, pesanteur, de tension dans les extrémités, très vite atténuées).

Il existe naturellement des cas dans lesquels la Diiodotyrosine reste sans effet, mais ils paraissent relativement rares et ne dépassent pas à notre avis 20 à 25%.

L'abaissement définitif du métabolisme de base ne semble pas non plus atteindre des chiffres absolument normaux et le M. de B. se stabilise en général entre M. de B. +15 à M. de B. +20 avec ce médicament.

Les troubles subjectifs par contre, ainsi que les troubles objectifs sont nettement et rapidement influencés dans un large mesure.

La Dibromotyrosine nous paraît agir d'une façon analogue à la Diiodotyrosine mais dans l'ensemble avec moins d'efficacité (Ceci pourrait tenir à la valeur technique de la préparation utilisée par nous, laquelle nous était fournie toujours par la même maison pharmaceutique).

Action initiale plus lente et souvent très peu marquée, action peu intense sur l'abaissement du M. de B., stabilisation définitive du mtabolisme à un chiffre aussessus de +20 et même allant jusqu'au M. de B. de +30.

Tels sont les inconvénients de la Dibromotyrosine on peut y ajouter l'impression que les malades ont une moins bonne tolérance pour ce médicament et se refusent assez souvent de le prendre à la longue.

Mais, là encore, il faut se méfier d'un défaut tenant plus à la qualité pharmaceutique du produit utilisé qu'aux caractères chimiques et biologiques de la substance elle-même.

La Dibromotyrosine paraît par contre capable de maintenir avec une dose relativement faible un gain obtenu par d'autres médicaments antibasedowiens et à ce titre elle a son utilité comme médicament de relais ou comme médication intermédiaire entre : l'iode, la Diiodotyrosine, ou d'autres modes de traitement.

Sa maniabilité est bonne, les doses efficaces assez faibles.

TROISIEME GROUPE

CHAPITRE I

CAS CHIRURGICAUX

1er cas. — Mlle M. La.

Jeune fille de 22 ans se plaignant de palpitations très marquées, tachycardie de 160 à 168, tremblement peu marqué, très gros corps thyroïde, exophtalmie moyenne, M. B. +62.

Après 15 jours d'un traitement par 6 fois 1 goutte de Lugol faible pendant 8 jours, puis 4 fois 2 gouttes de Lugol faible pendant 8 jours, régression du M. B. à +54, persistance de la tachycardie avec phénomènes dyspnéiques et léger œdème malléollaire; un traitement cardiaque par la digitaline (50 gouttes en 5 jours) amène une disparition de l'œdème sans modifier la tachycardie.

L'examen radiologique montre une légère augmentation du ventricule gauche. Devant le danger d'une myocardite basedowienne, on propose à la malade une intervention qu'elle accepte. L'extirpation chirurgicale du corps thyroïde très volumineux est assez mal supportée, la malade fait à 2 reprises des états de défaillance cardiaque à caractère dramatique.

Après 6 semaines de convalescence, elle présente un M. B. de +52 avec une tachycardie de 120 p.m., des tremblements assez marqués, une exophtalmie nettement diminuée. On augmente la dose de Lugol faible qui avait été

maintenue pendant cette période à 3 fois 1 goutte au taux de 6 fois une goutte pendant 8 jours, puis 5 fois 2 gouttes pendant 8 jours sans constater de modification notable, ni du métabolisme, ni de la tachycardie.

Un traitement par 4 fois 3 gouttes de Lugol fort amène une régression du M. B. de + 50 environ à + 32 après 3 semaines, puis à + 20 après 4 semaines. Cependant, persistance de la tachycardie à 120 p. m. avec extrême fatigabilité de la malade.

Par la suite il a été institué, en raison des résultats d'un traitement interférométrique ayant décelé une insuffisance ovarienne très marquée, un traitement endocrinien qui a procuré à la malade une amélioration de ses troubles subjectifs, persistance toutefois d'une tachycardie à 120 p.m., qui maintient la malade dans un état de fatigabilité extrême et que jusqu'à présent aucun traitement, ni aucune médication ne sont arrivés à calmer.

2° cas. — Mr. R. Kl.

Jeune homme de 18 ans, atteint de goître avec tachycardie, depuis 2 ans, et qui avait suivi antérieurement un traitement à l'hématoéthyroïdine à doses croissantes et décroissantes sans obtenir de diminution de volume de son goître très volumineux.

A l'examen, jeune garçon d'un poids de 45 kg. malgré une très grande taille (1 m. 76), avec tachycardie de 140, tremblements, légère exophtalmie et gros goître parenchmateux, le M. B. est de + 88.

Après une préparation de 3 semaines par le Lugol (5 fois 2 gouttes de Lugol faible, puis 3 fois 2 gouttes de Lugol fort), le malade se soumet à une intervention chirurgicale; celle-ci est très bien supportée.

4 semaines plus tard, disparition de la tachycardie (pouls à 80 p.m), du tremblement, et diminution notable de l'exophtalmie; le M. B. est de +33.

4 semaines plus tard, le malade se sentant parfaitement bien, présente un M. B. de +25.

3 mois plus tard, ayant repris sont ravail, ce garçon présente un M. B. de +12 avec un pouls légèrement arythmique avec la respiration et oscillant entre 72 et 90. A augmenté de 15 kg. depuis son opération, c'est-à-dire dans l'espace de 5 mois.

Nous ne l'avons pas revu depuis.

CONCLUSIONS

Ces 2 seuls cas nous fournissent un exemple de plus de l'efficacité de cette intervention dans la maladie de Basedow en même temps que les dangers des complications immédiates de cette intervention et de la nécessité d'une préparation extrêmement rigoureuse des malades avant l'intervention.

TROISIEME GROUPE

CHAPITRE II

MALADES TRAITES PAR LA RADIOTHERAPIE

1^er^ cas. — Mr. O. M.

Homme de 47 ans présentant une exophtalmie légère, avec augmentation notable du corps thyroïde ,tachycardie de 120 à 140, tremblement peu marqué, très grande nervosité et agitation, son M. B. est de +40. Cet homme est en même temps atteint d'une anémie pernicieuse en régression lente et d'une aortite spécifique. Après 3 semaines de préparation par 3 fois 2 gouttes pendant 8 jours, puis 5 fois 3 gouttes pendant 8 jours, puis 5 fois 5gouttes pendant 8 jours de Lugol on constate une diminution notable de son M. B. (+44, +39, +46).

Comme il supporte mal l'iode du point de vue gastrique, et que, d'autre part, le traitement opothérapique approprié a permis d'obtenir une régression très notable de son anémie, on lui propose la radiothérapie. Celle-ci est faite de la façon habituelle, c'est-à-dire à raison de séances à très faibles dosages 300 R. par séance.

Après les deux premières séances, pas de modification: après la 3^e^ séance, aggravation nette des symptômes subjectifs, augmentation notable de l'agitation et de la nervosité, apparition de troubles paranoïaques avec agitation, accusation de l'entourage et insomnie. Ces troubles s'accentuent

à la 4 séance au point de nécessiter le transfert du malade pendant quelques jours dans un établissement fermé.

10 jours plus tard, le malade était calmé, mais on a abandonné la reprise du traitement radiothérapique pour le remplacer par la Diiodotyrosine à très faibles doses sans obtenir une amélioration notable.

2e cas. — Mr. A. G.

Homme de 31 ans présentant des palpitations avec une sensation de fatigue et un amaigrissement très prononcé.

A l'examen, tachycardie de 130 à 140 p.m., tremblement léger, légère exophtalmie, goître net, M. B. +40.

Après 10 jours de traitement à l'iode (3 fois 5 gouttes de Lugol faible) chute du M. B. à +32 sans modification des troubles subjectifs, en même temps apparition d'une furonculose du corps et de la face.

Le malade refuse de continuer le traitement et accepte la proposition d'un traitement radiothérapique. Dans l'espace de 6 semaines, il subit 14 séances à raison de 200 R avec un excellen résultat; régression des tremblements, tachycardie de 80 à 100, disparition des troubles subjectifs, M. B. à +22.

Revu 3 mois plus tard, le malade était dans le même état très satisfaisant avec un M. B. de +17. A notre connaissance, il n'a pas fait d'autre traitement dans l'espace de l'année qui a suivi le dernier examen.

3e cas. — Mlle G. Ch.

Jeune fille de 30 ans qui présente en même temps qu'un corps thyroïde très volumineux, des céphalées très intenses avec fatigabilité, tremblement des mains, palpitations (tachycardie de 100 à 120 p. m.), des vomissements surtout accentués au moment des règles, M. B. +38.

La malade subit un traitement iodé à raison de 3 fois 3 gouttes de Lugol faible, puis 5 fois 3 gouttes de Lugol faible, puis 3 fois 2 gouttes de Lugol fort, chute du M. B. à + 28, avec régression des symptômes subjectifs, mais persistance des vomissements avec brûlures d'estomac qui amènent une intolérance de l'iode.

L'examen chimique montre une hyperchlorhydrie assez marquée. L'examen radiologique ne montre que des troubles fonctionnels au niveau du tube digestif.

Comme la malade ne voit aucune modification de son goître qui la gêne beaucoup. on lui laisse le choix entre la chirurgie et la radiothérapie. Elle choisit cette dernière.

Après 12 séances de 200 à 250 R en l'espace de 6 semaines, on constate un M. B. de + 19, disparition des vomissements (médication à la valériane et au brome à faibles doses), diminution notable de la tachycardie à 80 p.m. et des tremblements. Le goître a diminué notablement, le pourtour du cou est escendu de 56 à 44 cm.

La malade revue 3 mois plus tard était restée dans le même état satisfaisant avec un M. B. de + 16, sans aucun trouble subjectif notable, le pourtour du cou avait encore diminué de 2 cm.

Nous ne l'avons pas revue depuis.

Autant que l'on peut se permettre un jugement sur ces 3 cas de Basedow traités aux rayons X nous pouvons dire qu'elle offre presque exactement une synthèse de possibilité de cette méthode. Efficacité réelle, nette, assez rapide dans une proportion de 60% à 80% des cas.

Inéfficacité et même danger d'accident d'hyperthyroïdisme dans les autres cas, même quand ils sont traités dans des conditions techniques absolument identiques.

CONCLUSIONS

1) Dans 42 cas de maladies de Baselow, nous avons étudié personnellement les différents traitements actuels, c'est-à-dire :

Le traitement à l'iode dans 16 cas ;
Le traitement à la Diiodotyrosine dans 16 cas ;
Le traitement à la Dibromotyrosine dans 5 cas ;
La radiothérapie dans 3 cas ;
L'exérèse chirurgicale dans 2 cas.

Les constatations obtenues par nous ont été mis en regard des résultats obtenus par d'autres auteurs et nous ont fourni les éléments de ces conclusions.

2) L'étude comparative des résultats obtenus avec les différents traitements actuels appliqués à la cure de la maladie de Basedow montre que chacun de ceux-ci : traitement chirurgical, radio et curiethérapie, médication par l'iode à faible dose, à la Diiodotyrosine et à la Dibromotyrosine, offrent des chances de résultats qui varient suivant les cas.

3) On peut dire, que le traitement de la maladie de Basedow est un traitement essentiellement individuel, devant s'inspirer pour le choix de la méthode à suivre,

des modalités particulières dans la génèse, la prédominance des symptômes, l'atteinte de l'état général de chacun des cas rencontrés.

4) Le traitement médical par l'iode présente une très grande souplesse dans son application et permet son utilisation dans la majorité des cas.

Même dans les cas dont l'évolution offre des éléments de pronostic très sérieux il est recommandable d'instituer à titre d'essai une courte période de traitement à l'iode, il peut préparer la voie à d'autres traitements plus radicaux ou plus interventionistes et ne saurait jamais être nuisible.

Le reproche de sclérose tissulaire fait à cette méthode ne paraît pas reposer sur des bases absolument indiscutables.

5) Le traitement à la Diiodotyrosine est équivalent au traitement à l'iode. Dans l'ensemble, il a les mêmes caractères de douceur, de progression et de continuité d'action.

Peut-être, remarque-t'on parfois une moindre tolérance à cette médication par comparaison à l'iode. Cependant il n'est pas certain que cette différence ne résulte pas plutôt d'un mauvais mode d'application que d'une intolérance véritable.

6) Le traitement à la Dibromotyrosine, donne des résultats analogues au traitement à la Diiodotyrosine. Ils ne sont cependant pas tout à fait équivalents.

7) Les médications nouvelles de la maladie de Basedow offrent sur le mécanisme du fonctionnement du corps thyroïde et sur les caractères fondamentaux de la maladie de Basedow des appréciations nouvelles, dont l'utilisation pratique commence seulement à être réalisée.

Vu : Le Président de Thèse,
P. MERKLEN.

Vu, le Doyen :
André FORSTER.

Vu et permis d'imprimer :
Strasbourg, le 4 décembre 1934.
Le Recteur, Président
du Conseil de l'Université,
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE

Des travaux consultés sur le traitement en général de la Maladie de Basedow:

BELOT et LEDINE. — Valeur des traitements de la Maladie de Graves Basedow (Annales de Médecine 1933).

L. BERARD. — Traitement du goître exophtalmique (VIII[e] Congrès de la Soc. Int. de Chirurgie, Varsovie 22-25 juillet 1929)

Traitement du goître exophtalmique (Bruxelles Médical 1931).

L. BRULL. — Essais de traitement de la Maladie de Basedow. (Liège Médical 1933).

A. CHABE. — Le traitement médical de la Maladie de Basedow (1933).

S. CHAUVET: Traitement du goître exophtalmique (Monde Médical 1922).

DAUTREBANDE. — Physiopatologie de la thyroïde.

DELBET. — Traitement du goître exophtalmique (Concours Médical 1929).

DELHERM et MOREL-KAHN. — Traitement du goître exophtalmique (La Pratique Médicale Française 1927).

De QUERVAIN. — Traitement de la Maladie de Basedow (Bruxelles Médical 1929).

DESCHAMPS. — Aspects actuels de la clinique et du traitement du goître exophtalmique (Journal de Médecine de Paris 1931).

Don. — Traitement du goître exophtalmique (The British Medical Journal 1929).

A. ESCALIER. — Le traitement de la Maladie de Basedow (L'Avenir Médical 1931).

FRASER. — Résultats du traitement du goître exophtalmique. (Brit. Med. Journal 1930).

HARVIER. — Thérapeutique du goître exophtalmique Gaz. Méd. de Nantes 1927).

HIRCHBERG. — A propos du goître exophtalmologique. (Soc. de Méd. de Paris 1931).

HUBNER. — Traitement du goître exophtalmique (La Bourgogne Médicale 1930).

PETICARIU. — Tratamentul turburarilor cardio-vasculare la Basedowieni. (Romania Medicala 1927).

KONIG. — Traitement de la Maladie de Basedow (Klin. Woche 1929).

QRECKE. — Discussion sur le traitement de la Maladie de Basedow (Münch. Med. Woch. 1930).

MARCEL LABBE. — Le traitement de la maladie de Basedow. (Le Monde Médical 1932).

LUTIER. — Traitement de la maladie de Basedow. (La Presse Médicale 1929).

LEPINE. — Traitement du goître exophtalmique (Journal de Médecine de Paris 1929).

PINTO et COELHO. — Le traitement d ugoître exophtalmique. (La Presse Médicale 1930).

PARHON et GOLDSTEIN. — Traité d'Endocrinologie. (La Glande Thyroïde).

SAINTON. — Sur les traitement actuels des syndromes basedowiens. (Concours Médical 1930).

SCHONBAUER et LAPP. — Conduite du traitement de la maladie de Basedow. (Wien. Med. Woch. 1932).

A. TROELL. — Sur le traitement de la maladie de Basedow. (Mai 1930).

M. WOLFF - ADNOT - HOROVITZ. — Résultats du traitement médicamenteux de la maladie de Basedow (S. de Neurologie du Bas-Rhin 1934).

ZUBLENA. — Des indications thérapeutiques dans la maladie de Basedow. (Thèse de Montpellier 1929-1930).

Des travaux consultés sur:
La Maladie de Basedow et la radiothérapie.

ALSCHECK. — Radiothérapie de la maladie de Basedow. (Thèse de Paris 1920).

ASTIER. — Le traitement radiographique du goître exophtalmique. (Le Sud Médical et Chirurgical 1930).

BARDACHZI - EPSTEIN. — Irradiation du Basedowien. (Mediz. Klin. 1932).

BELOT. — Traitement radiothérapique de la Maladie de Basedow (Bull. Médical 1920).

BELOT et DELHERM. — Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes Basedowiens. (Presse Médicale 1933).

BORAK. — Die Rolle der Strahlenthérapie in der Behandlung der Basedowschen Krankheit (1929).

COTTENOT. — Radiothérapie de la maladie de Basedow. (La Médecine 1922).

J. MAISIN, F. Van GOIDSENHOWEN, H. VASSILIADIS, JACQMIN et J. STEENHOUT. — Le traitement des hyperthyroïdies par les rayons X et la curiethérapie. (Revue Belge des Sciences Médicales, 1931).

SEVIN. — Contribution à l'étude du traitement de la Maladie de Basedow par la radiothérapie. (Thèse de Paris 1930).

SOLOMON. — Technique et résultats de la roentgenthérapie de la maladie de Basedow. (III[e] Congr. Internat. de Radiol. Paris 1931).

A. ZIMERN - CHAVANY - BRUNET. — Résultats obtenus dans le traitement de la maladie de Basedow par l'irradiation de la région surrénale. (1933).

H. VASSILIADIS. — Le traitement médical associé au traitement par irradiation dans la maladie de Basedow. (Arch. d'Electricité Médicale 1932).

Des travaux consultés sur: la Maladie de Basedow et le traitement chirurgical.

BERARD - DUNET. — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (1928). (Presse Médicale).

BERARD et PEYCELON. — La thyroïdectomie subtotale dans le traitement de la maladie de Basedow. (Annales de Chirurgie Lyon 1928).

BELOT et LEDINE. — Chirurgie et radiothérapie dans le goître exophtalmique. (Annales de Médecine 1933).

LABBE et AZERAD. — Résultats du traitement chirurgical des goîtres.

PEYCELON. — Thèse de Médecine Lyon 1930: Du traitement chirurgical de la Maladie de Basedow.

P. SAINTON. — Chirurgie, roentgenthérapie, curiethérapie dans les syndromes basedowiens. (Paris Médical 1928).

WELTI. — Thyroïdectomies subtotales pour goître exophtalmique.

Des travaux consultés sur:
L'Opothérapie et la Maladie de Basedow.

M. JACQUEROD. — Essai de traitement de la Maladie de Basedow par un extrait de goître myxœdémateux. (Presse Médicale 1930).

LEDOUX. — Organothérapie du goître exophtalmique. L'hématoéthyroïdien.

LEVI L. — Opothérapie et Syndrome de Basedow. (Paris 1925).

ZIMMER et BALDEN. — Traitement de la maladie de Basedow par le sang animal. (Deut. Zeit. 1931).

Des travaux consultés sur:
L'iode et la Maladie de Basedow.

ALSMOER et RICHTER. — Influence of Lugol solution ou action (1932).

COLE, CAMB, LOND. — The use of Lugol's iodine in exophtalmie goître. (The Lancet 1927).

DAUTREBANDE: 1) Le traitement iodé de l'hyperthyroïdie. (La clinique 1929).

2) Les doses fractionnées d'iode dans le traitement de l'hyperthyroïdie. (Presse Médicale 1928).

3) Quelques vues nouvelles sur le traitement iodé de l'hyperthyroïdie. (Presse médicale 1928).

FELS - IMBERT. — La médication iodée dans la maladie de Basedow. (Thèse de Paris 1930).

FLANDIN. — Les indications de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow. (Presse Méd. 1926).

FOSTER. — Traitement du goître exophtalmique par l'iode (Cornell Univers Méd. 1927).

Gilbert DREYFUS. — La remise en honneur du traitement iodé chez les basedowiens. (L'Hôpital 1930).

JACKSON. — Lugol's solution of iodin in exophtalmic goiter (1924).

HERTZFELD. — Iode et goître (Deut. Méd. Woch. 1929).

HYMAN. KESSEL. — Goître et iode (Journ. A.M.A. 1926).

JACKSON. — L'iode dans le traitement du goître. (The journ. Lancet. 1925).

LABBE M. — L'iode dans le traitement du goître exophtalmique. (Soc. méd. des nop. de Paris 1926).

LABBE M. — Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. (Clin. et labor. 1928).

LERMAN et MEANS. — Comparaison des effets de l'iodure d'éthyle et de l'iodure de potassium avec ceux du liquide de Lugol dans le goître exophtalmique. (The Amer. Journ. of the med. sciences 1931).

LOERWY - ZONDECK. — Morbus Basedowi und Iodthérapie. (Deut. Med. Woch. 1921).

SLOSSE. — Le traitement iodé dans le goître exophtalmique (Bruxelles Méd. 1927).

VIESSMANN. — Goître et Iode (Munch. Med. Woch. 1925).

ZONDECK. — Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. (Klin. Woch. 1930).

Des travaux consultés sur:
La Diiodotyrosine et la Maladie de Basedow.

ABELIN. — Einfluss des Diyodotyrosins auf den hypertyreotischen Stoffwechsel in Biochem. Zeitschr. 1931.

BURKHARD KOMMERELL. — Ueber die Behandlung des Morbus Basedowin mit Diyodotyrosin. (Munch. Med. Woch. 1931).

CHEVALIER. — Bulletin Général de Thérapeutique 1911.

COMERMA - SAINTON. — La diiodotyrosine, son utilisation dans le traitement des états basedowiens (Paris 1934).

DELCOURT - BERNARD. — Action immédiate de la diiodotyrosine sur le métabolisme basal. (Soc. Belge de Biol. 1932).

GUNTHER. — Action de la diiodotyrosine dans la Maladie de Basedow. (Klin. Woch. 1933).

PARHON et BAILLIF. — Syndrome basedowien évoluant vers le myxœdème à la suite du traitement par la diiodotyrosine. (La Presse Médicale 1932).

THAN. — Uber die Behandlung des Morbus Basedow mit Diyodotyrosin. (Deut. Med. Woch. 1932).

ZIMMERMANN. — Uber den Einfluss des diyodtyrosin auf Hyperthyreosen. (Med. Klin. 1932).

Imprimerie des Editions Argentoratum
Strasbourg
1934